

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

JOSIANE DE JESUS MARTINS

**HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE:
O DISCURSO COLETIVO DOS TRABALHADORES, GESTORES E USUÁRIOS DE UM
ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE HOSPITALAR (EASH)**

**FLORIANÓPOLIS
2008**

Ficha Catalográfica

M366h MARTINS, Josiane de Jesus

Humanização nas práticas de saúde: o discurso coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários de um Estabelecimento Assistencial de Saúde Hospitalar (EASH), 2008 [tese] / Josiane de Jesus Martins – Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2008.

191 p.

Inclui bibliografia.

Possui tabelas.

1. Enfermagem - Humanização. 2. Instituições de saúde. 3. Políticas Públicas - Saúde. 4. Política Nacional de Humanização I. Autor.

CDU – 616-08-039.32

JOSIANE DE JESUS MARTINS

**HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE:
O DISCURSO COLETIVO DOS TRABALHADORES, GESTORES E USUÁRIOS DE UM
ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE HOSPITALAR (EASH)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientador: Dr. Gelson Luiz de Albuquerque

Linha de Pesquisa: Administração em Enfermagem e Saúde

**FLORIANÓPOLIS
2008**

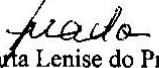
JOSIANE DE JESUS MARTINS

**HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE:
O DISCURSO COLETIVO DOS TRABALHADORES, GESTORES E USUÁRIOS DE UM
ESTABELECIMENTO ASSISTENCIAL DE SAÚDE HOSPITALAR (EASH)**


Esta Tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

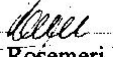
Doutor em Enfermagem


E aprovada na sua versão final em 24 de setembro de 2008, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

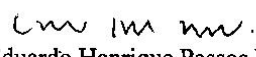

Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

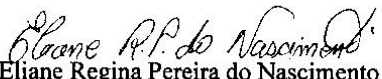

Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
Presidente

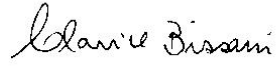

Dra. Rosemeri Maurici da Silva
Membro


Dr. Dário Frederico Pasche
Membro


Dr. Eduardo Henrique Passos Pereira
Membro


Dr. Selvirio José Assmann
Membro


Dra. Eliane Regina Pereira do Nascimento
Membro


Dra. Clarisse Bissani
Suplente

Dra. Evangelia Kotzias A. dos Santos
Suplente



Referência da imagem:<http://www.tacchini.com.br/secao.php?url=grupo-de-humanizacao>

O homem (ainda) está em busca do humano.
E. Levinas

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus filhos, **Erick, Roberta e Isadora**. A vocês que nunca me pediram nada além de ser simplesmente a mãe de vocês! Com este trabalho, talvez seja a maneira que encontro para dizer o quanto amo vocês e pedir desculpas por tantas ausências. Obrigado por humanizarem minha vida, pelos nossos vínculos, encontros e desencontros! Pelas maravilhosas horas acolhedoras que passamos juntos e, por acreditarem em mim, mesmo quando eu já estava perdendo a esperança. A vocês meu eterno amor, sempre.

Ao **Augustinho**, meu companheiro, amigo, “mamorido”. Por seu acolhimento constante, pelas trocas, pelas relações dialógicas permeadas de tecnologias leves, bem leves! Por tantos vínculos que criamos e re-criamos em nossas vidas diariamente. Por estar sempre comigo, por ter sido o co-autor desta obra e co-autor de minha história. Meu eterno reconhecimento e amor!

Aos meus pais, **Braz** (*in memoriam*) e **Zilda**! Mãe e pai, obrigado pela vida. Mãe, desculpa por não estar ao seu lado em tantos momentos de que mim precisastes! Por não ter te cuidado como deverias ser realmente cuidada, em especial neste ano. Obrigado pela torcida e por tentar entender tantas ausências como minha saída para o Rio de Janeiro justamente no momento que precisavas de uma enfermeira! Obrigada por cuidar também de meus filhos. Amo você!

A **Dra. Eliane Nascimento**, ilustre “doctor” e amiga. Obrigada por me mostrar alguns dos caminhos que levam a Humanização e por trilhar estes também comigo; por me acolher em tantos momentos desta minha trajetória de vida profissional e acadêmica. Em especial, por ter despertado em mim o interesse pela pesquisa, o exercício diário da ponderação, por seu exemplo de agir ético e solidário, pelos vínculos e, por me ensinar a nunca desistir dos meus sonhos, mesmo diante dos obstáculos que defrontamos na vida. Que esta tese possa traduzir nossos sonhos, nossos ideais, nossos valores construídos no viver coletivo. Obrigada!

Homenagem especial

Nesta tese, gostaria de deixar registradas algumas homenagens especiais a determinadas pessoas que com certeza, sempre serão referências positivas em minha vida.

Homenageio a Enfermagem Catarinense e Brasileira, escolhendo como um dos protagonistas desta, para direcionar minha homenagem, o enfermeiro **Dr. Gelson Luiz de Albuquerque**. Obrigada Dr. Gelson por sua luta constante pela nossa categoria profissional, por abdicar inúmeras vezes de sua vida privada, em detrimento das constantes necessidades de nossa profissão! Obrigada por seu envolvimento político, por sua luta pela ética, pela igualdade, pela legitimação de leis e, pela consolidação da enfermagem como ciência. Sua atuação constante na enfermagem nos rendeu frutos, abriu portas, apontou novos rumos. Esta tese reflete também, um pouco de seus ensinamentos e sonhos, sintetiza alguns de seus ideais, além de marcar para sempre sua passagem em minha vida acadêmica e pessoal, os nossos encontros e desencontros e, principalmente os vínculos sólidos que construímos. Meu eterno reconhecimento e agradecimento.

Existem pessoas que passam por nossas vidas e deixam muito, levando tão pouco. Homenageio hoje, uma professora que foi para mim um referencial na formação acadêmica enquanto cursava a Graduação em Enfermagem na UFSC. Seus ensinamentos contribuíram para que eu começasse a entender o que significava ser enfermeira, que entendesse a importância do conhecimento científico e saber articulá-lo na prática. Aprendi com esta mestra que o cuidado é indissociável da vida. Que cuidar, implica em realizar ações para o “paciente”, para a sua família, requer compreender o contexto em que vive as pessoas cuidadas, requer compreender as repercussões de uma hospitalização. Seus ensinamentos podem ser traduzidos como a verdadeira prática inclusiva e humanizada de cuidado. **Professora e ilustre Mestra Dra. Edilza Maria Ribeiro**, receba hoje e sempre o meu reconhecimento e gratidão pelos ensinamentos! Sinta-se gratificada, pois você conseguiu atingir seu papel de mestre e espero que eu tenha conseguido satisfazer suas expectativas também. Que esta Tese possa, em suas linhas e entrelinhas, apontar seus ensinamentos. Meu eterno agradecimento e admiração.

Chegar até aqui foi possível porque nos caminhos da minha vida, encontrei alguns anjos trajando branco e, outros anjos que trabalham disfarçados de enfermeiras. Entre estes anjos teve um que foi indispensável para que eu conseguisse cursar a graduação em enfermagem, perante a conciliação dos plantões noturnos na Clínica Médica Masculina do HU e as aulas em período integral na UFSC. Este anjo também estava lá no HU quando assumi como enfermeira assistencial na UTI e depois quando também na mesma UTI ocupava o cargo de chefia. E assim, ao longo destes anos, sempre tive este anjo por perto. Sua presença foi ainda mais marcante em 2007, em meio à elaboração do projeto de qualificação, a tantas atividades, este anjo reaparece, agora para dividir comigo as responsabilidades, as incertezas, as escalas de serviço, e, contagiar-me com sua sabedoria, humildade, disponibilidade e dar-me colo constantemente. Anjo-enfermeira **Maria Gliolanda de Oliveira Lima**, hoje e sempre quero te homenagear e dizer publicamente meu muito obrigado e eterno reconhecimento a você! Seu astral é contagiante, sua amizade é e foi fundamental para a concretização deste doutorado e tantas outras conquistas ao longo destes 20 anos que nos conhecemos. Você tem parte em tudo isso, é também co-autora de minha tese, de meus projetos de vida! É um anjo disfarçado de enfermeira!

Finalmente não poderia deixar de homenagear a categoria dos **técnicos e auxiliares de enfermagem**, categoria esta que me permitiu adentrar na enfermagem, que possibilitou meu crescimento técnico e alavancou a necessidade de continuar minha formação. Para

representar, hoje e sempre, esta categoria, escolhi uma técnica de enfermagem que para mim é exemplo enquanto pessoa, profissional e mulher! **Rode Dilda Machado da Silva**, receba minha homenagem! Quiçá todas as equipes tivessem uma Rode! O trabalho seria mais humanizado e prazeroso e as discussões mais calorosas, repletas de subjetividades, permeadas de dissenso e consensos. Obrigado pelos ensinamentos, pelas trocas, pela amizade, estímulo. Por toda a sua trajetória nesta profissão! Por suas lutas, pela constante disponibilidade, pela facilidade em agregar pessoas e sonhos, pela prática ética e responsável. O meu eterno reconhecimento e admiração. Se Kant aqui estivesse, seria contrariado, pois você deu certo!

Agradecimentos

A Deus, por sua força, por estar sempre comigo! Por me fazer acreditar que é possível, apesar das diversidades, idealizar um cuidado humanizado, idealizar uma vida e um mundo melhor!

Aos meus pais, Braz e Zilda, pela vida, pelo carinho, pelos incentivos. Pai, apesar de seus ditos de que mulher não precisava estudar, esta contradição foi o meu estímulo para aqui chegar. Sei que estás sempre ao meu lado, sorridente, feliz e orgulhoso de tua filha, a diferente. Mãe, mais uma vez obrigada por tudo, te admiro muito e jamais esquecerei que foi com o seu apoio que tudo começou. Obrigada!

Aos meus filhos, Erick, Roberta e Isadora. Minhas mais belas jóias. Obrigado por tentarem compreender tantas ausências, tanto tempo direcionado as leituras e tão pouco tempo para as pipocas, para a sessão da tarde, para os filmes. No entanto, com a ajuda de vocês foi possível chegar até aqui e fechar este capítulo da minha formação. Erick, tão jovem e se tornou o homem da casa quando fui para o Rio de Janeiro. Beta, quantas conversas perdemos. Isa desculpe as broncas quando querias apenas e simplesmente que eu assistisse pela décima vez o mesmo filme! Prometo a vocês que a mãe está de volta. Meu amor eterno a vocês!

Augustinho! O que te dizer? Faltam palavras! Sua presença e compreensão foram fundamentais; sua amizade, parceria, a leitura que te pedia constantemente para fazer de inúmeros textos, os desabafos, os choros, o seu estímulo, eu diria serem atitudes concretas de amor, de respeito. Você é o co-autor desta obra, o co-autor de nossa história. Amo-te!

Ao Roberto, pai de Erick e Roberta! Obrigada pela parceria na criação de nossos filhos e por ter sido também um protagonista desta história, um parceiro durante a graduação em enfermagem e hoje um grande amigo!

Agradeço aos meus irmãos, Sergio, Marcos, Marcelo e Junior e minhas cunhadas, Ana, Cristiane, Ramona, Andréia, aos sobrinhos e sobrinhas. Vocês formam minha família! Temos nossas diferenças, nossas divergências, mas temos também nossos afetos e tentamos sempre manter nossa união. Obrigado sempre! Em especial ao Marcelo.

As minhas maravilhosas sogras, Luiza e Maria e ao meu Sogro José. Vocês são especiais. Dona Luiza, sua serenidade e compreensão são invejáveis. As cunhadas, Cecília e Terezinha e meus cunhados João e Roberto, pela acolhida e torcida. Agradeço em especial a Terezinha. Tere você é uma parceira e tanto, uma amigona, uma pessoa maravilhosa. Obrigada por sua disponibilidade constante. Te adoro!

Ao meu orientador Dr. Gelson Albuquerque. “Doctor”, você foi especial, imprescindível nesta caminhada. Tivemos nossos desencontros, mais acima de tudo, tivemos a capacidade de nos reencontrar e construir vínculos sólidos. Obrigada por ter aceitado ser meu orientador, por ter sempre respeitado minhas decisões, e apontar as possibilidades, mas deixando a mim à opção da escolha final.

Ao Dr. Eduardo Passos. Edu, obrigada por ter aceitado a orientação do doutorado sanduíche na UFF, pelos seus ensinamentos, por sua paciência, por permitir sempre a minha autonomia e protagonismo. Você será sempre uma referencia para mim. Suas contribuições foram preciosas. Obrigado pela disponibilidade em participar da banca examinadora e por suas preciosas contribuições.

Ao Dr. Dario Pasche. Dario, sua passagem pela banca de qualificação foi fundamental. Suas contribuições possibilitaram que o estudo fosse realizado sob outro foco e olhar. Obrigada pelas contribuições também na banca de defesa final, como sempre, inigualáveis. Agradeço também o que fazes no MS, na qualidade de coordenador nacional da PNH.

Dra. Rosemere Maurici da Silva! Obrigada por ter aceitado participar desta banca e por suas contribuições. Agradeço também sua disponibilidade constante aos meus pedidos de auxílios nas pesquisas. Obrigada por acreditar em mim, apesar de nosso pouco contato. Sua confiança, auxílio e parceria foram fundamentais para abrir portas na UNISUL e mostrar que é possível o trabalho interdisciplinar. Conte sempre comigo!

Ilustre Dr. Selvino Assmann, o contato com o senhor na disciplina do doutorado desconstruiu muitas de minhas construções. Mais o que é a vida senão uma re-construção e desconstrução constante? Sua sabedoria e humildade são passos a serem seguidos e tenha em mim uma seguidora. Obrigado por todas as contribuições feitas no decorrer do curso de doutorado e nas bancas. Gostaria de dizer que esta tese atingiu o objetivo proposto, conforme o senhor me ensinou, ela me transformou.

A Dra. Eliane Nascimento, agradeço sua disponibilidade para o dialogo, para a escuta constante. O acolhimento constante, a amizade, a abertura, a aceitação da minha diferença são tecnologias vivas e não leves. Vivas porque concretiza a importância da abertura, a importância da amizade, a valorização de afetos. Tecnologias estas insubstituíveis. Minha grande admiração, carinho, amizade e reconhecimento.

A Dra. Clarisse Bissani! Clarisse obrigada por ter aceitado participar desta banca, pelas contribuições e amizade. Você pra mim representa possibilidades e é um exemplo vivo de que é possível um trabalho interdisciplinar. Admiro e respeito seu conhecimento e mais ainda, a forma como atua ao praticar a medicina, seja nos seus plantões ou quando estás

rodeada de alunos. Sua postura ética é invejável, como também seu envolvimento para garantir que as práticas de saúde realizadas pelos diversos trabalhadores da saúde seja de qualidade.

A Dra. Evangelia Kotzias A. dos Santos. Obrigada por ter aceitado fazer parte desta banca examinadora.

A Diretoria de Enfermagem (DE) do Hospital Universitário (HU)/UFSC, pelo apoio concedido para a realização do doutorado, em especial por possibilitarem meu afastamento integral de março a agosto de 2008. Reconheço as dificuldades existentes no HU, no entanto apoiar meus estudos retrata e afirma o compromisso da DE com a formação de seus Trabalhadores. Em especial agradeço a Dra. Francine Gelbcke, Diretora de Enfermagem do HU pelo empenho para viabilizar meu afastamento e pelas trocas teóricas. Francine, você me ensinou muito quando eu atuava como técnica de enfermagem e você era a enfermeira do meu plantão noturno, como também me instigou a retomar minha formação na graduação. hoje, apesar de estarmos na mesma instituição, percorremos caminhos diferentes, temos sonhos diferentes, pensamos diferente, somos diferentes. Sempre reconhecerei seus ensinamentos e respeitarei nossas diferenças, mantendo viva na memória a companheira de plantão enfermeira “Fran”.

Agradeço as Enfermeiras Eliane Matos e Tânia Rebello, minhas chefias imediatas, por reconhecerem a importância do meu afastamento e unirem esforços para a concretização deste estudo diante de tantas dificuldades. Contem comigo!

A UNISUL, em especial a Pró-Reitora Acadêmica Adjunta Dra. Sonia Probst, ao Pró-Reitor Acadêmico, Sr. Sebastião Salésio Herdt, a Diretora de Ensino, Pesquisa, Extensão e Pós-Graduação Regina Maria Gubert Ehrensperger, ao Coordenador dos Programas de Gerenciamento do Ensino, da Pesquisa e da Extensão, Mauri Luiz Herdt e a coordenadora do Curso de Enfermagem Pedra Branca, Fabiana Oenning da Gama pelos esforços na viabilização da minha saída para realizar o doutorado sanduíche acreditando na importância de minha formação. O meu reconhecimento e gratidão.

Aos amigos, como não agradecer. A Dulcineia Schneider, pela parceria, solidariedade, incentivo, amizade sincera e verdadeira. Sua serenidade é indiscutível, como também todo o apoio dado. Você mostrou que é possível, acreditou em mim e sempre estava junto, ao lado, quando precisei. Não há palavras para dizer o quanto te admiro, o quanto és valiosa em minha vida. Tenha em mim uma parceira, uma amiga, sempre! A Fabiana Gama. Você é especial, uma parceira, amiga em todos os momentos que precisei, principalmente quando tão longe estava. Fabi, obrigada por confiar em meu trabalho, por acreditar em mim, por estar sempre,

sempre mesmo aberta aos meus projetos e correr riscos comigo! Monica Gruner, grande Monica! Obrigada também pela parceria e incentivo, pela abertura no seu hospital, pelas ajudas constantes nos últimos tempos. A Nadia Salum meu carinho e gratidão, obrigada pela disponibilidade, por entender e atender aos pedidos de auxílio, pelo humor constante e contagiante. Você é especial. A Luizita Henckmaier. Lui, você sempre foi uma parceira e acreditou em mim. Sempre apoio meus pedidos enquanto coordenadora do curso de enfermagem (UNISUL) e sua ajuda na disciplina no semestre 2008^a foram fundamentais. Obrigado por sua amizade, pela sinceridade, pela confiança e amizade. Ao Ricardo penteado pelo auxílio também, pela disponibilidade e inesgotável paciência. A Flavia Britto, Ilse Viertel, Ruvani, Terezinha Zeferino, Aureo (banca de qualificação), Bete Flor, Jaqueline Lucio e Jaque Silva. Enfim aos colegas docentes na UNISUL pelo apoio e incentivo constante.

A Jordelina Schier – Nina. Você é alguém especial. Sua serenidade, lucidez me confortaram inúmeras vezes. Uma parceira, uma amiga! Adoro-te!

Aos funcionários da Unisul, em especial Maicon e Samara, por toda a ajuda e atenção. Vocês fazem a diferença na UNISUL.

Ao casal de amigos, Gabriela e Andre. A amizade de vocês é uma preciosidade, como também, a possibilidade de aprender constantemente com vocês. Que esta amizade perdure assim como o amor de vocês um pelo outro e pelo “trauma”.

As enfermeiras e enfermeiros do HU, Gisele Vieira Comicholi, Aldaneia, Patrícia Klock, Roberta Costa, Melissa Honório, Jeane, Viviane, Nair Terezinha, pelo companheirismo e estímulo constante.

Aos colegas e amigos da hemodinâmica, Maria, Rode, Adriane, Inês. Em especial a Inês pelo acolhimento na minha chegada, pela disponibilidade em me ensinar. Aos Residentes, Luiz Augusto, Luiz Alencar, Fernando. Obrigada pelo estímulo, parcerias, amizades e as risadas constantes.

Aos trabalhadores do HU, em especial da CMIII, UTI, quimioterapia, serviço de cardiologia; em especial a Eva Linhares, uma pessoal especial e maravilhosa.

A Odete, Claudia Garcia e Denise Martins. Vocês foram maravilhosas e serão insubstituíveis. Odete seu astral é contagiante. Claudia, você é maravilhosa, o que seria de mim sem você?

Aos trabalhadores, gestores e usuários do hospital, local deste estudo. Obrigado pela disponibilidade, auxílio, acolhimento. Sem a ajuda de vocês seria difícil realizar este trabalho.

A Islene, “minha bolsista”. Você foi maravilhosa. Organizada, uma colaboradora e tanto. Muito obrigada.

A todos e todas que diretamente ou indiretamente fazem parte da minha vida! Meu muito obrigado.

MARTINS, Josiane de Jesus. **Humanização nas práticas de saúde: o discurso coletivo dos trabalhadores, gestores e usuários de um Estabelecimento Assistencial de Saúde Hospitalar (EASH)** 2008. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 191p.

Orientador: Dr. Gelson Luiz de Albuquerque

RESUMO

Neste estudo, defendo a tese de que a inclusão do outro (trabalhador/gestor/usuário) nas práticas de saúde, tendo por base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), encaminha-nos a práticas de humanização da atenção à saúde desenvolvida nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Hospitalar (EASH). Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo geral compreender como ocorre a inclusão do outro na atenção em saúde desenvolvida em EASH. Por se tratar de pesquisa que foca a inclusão do outro no processo de humanização do trabalho em saúde, utilizou-se o método da Roda e as diretrizes, dispositivos e ferramentas da PNH como recursos metodológicos. Assim, a abordagem metodológica teve como objeto a fala dos trabalhadores, gestores e usuários, que produzem e recebem cuidados em saúde no hospital. O cenário escolhido para operacionalizar esta pesquisa foi um EASH de média complexidade, localizado em um município da Grande Florianópolis. Os atores sociais deste estudo foram nove (09) trabalhadores da saúde, oito (08) gestores e oito (08) usuários, do SUS, que recebem e produzem o cuidado em saúde no cenário de investigação. Assim, após a seleção inicial, foram constituídos três grupos com esses atores, ou seja, formado um grupo com os usuários, um grupo com os trabalhadores e um grupo com os gestores. A coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2007 a março de 2008. A técnica utilizada foi a Roda de conversa: o grupo como dispositivo. No modelo Paidéia, algumas etapas são essenciais. Estas foram as adotadas nesta investigação: construir vínculos e contratos entre trabalhadores da saúde, gestores e usuários, definir os temas e construir projeto de intervenção. O referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) foi utilizado nesta pesquisa para análise dos dados. Após a sistematização dos dados, os seguintes temas foram identificados nos grupos: PNH, humanização nas práticas de saúde, processo de trabalho e tecnologias relacionais. Finalizadas essas etapas, a tarefa seguinte foi à elaboração do desenho de intervenção, construído coletivamente através dos dados coletados nos três grupos. A inclusão dos atores permitiu conhecer as mais variadas situações que permeiam o processo de produção do cuidado em saúde. Construir coletivamente uma proposta de intervenção baseada nos discursos dos envolvidos possibilita o protagonismo destes sujeitos, pois problematiza o vivido no seu cotidiano. Colocá-los na cena e em cena favoreceu conhecer a diversidade de opiniões, os diversos olhares, contemplar realidades diferentes que permeiam o processo de trabalho em saúde em um EASH e assim, apontar as possibilidades para que o cuidado em saúde seja humanizado, de acordo com o que preconiza a PNH.

Palavras-chave: Políticas Públicas; Instituições de Saúde; Humanismo; Tecnologia.

Humanization of health care practices: the collective discourse of workers, managers, and users of a Hospital Health Care Establishment (EASH).

ABSTRACT

In this study, defending the thesis that including the other (worker/manager/user) in health care practices, based on the principles and directives of the National Humanization Policy (*Política Nacional de Humanização-PNH*), leads us to practices of the humanization of care developed in the Hospital Health Care Establishments (EASH). The objective of this exploratory, descriptive, and qualitative study was to better comprehend how including the other occurs in the health care developed in the EASH. The Roda method, as well as the methods, directives, equipment, and tools of the PNH were used as methodological resources, as the study focuses upon including the other in the process of the humanization of health care. Thus, the objective of the methodological method was the discourse of the workers, managers, and users who produce and receive health care in the hospital. This discourse was collected utilizing the Roda method (Paidéia model). The scenario chosen for operationalizing this study was an EASH of medium complexity, located in the county of Greater Florianópolis, SC, BR. The social actors of this study were nine (09) health care workers and eight (08) managers from the hospital, and eight (08) users of the Brazilian National Health Care Plan (SUS). As such, they either receive or produce health care in the scenario investigated. After initial selection, three groups were constituted from these actors; a user group, a worker group, and a manager group. The data was collected from November of 2007 to March of 2008. The used technique was the “Rodas de Conversa” (Conversation Circle): the group serves as a methodological instrument/tool. In the Paidéia model, some stages become essential. In this study, the following were adopted: to construct bonds and contracts between the health care workers, managers and users, to define the subjects and to construct intervention project. Collective Subject Discourse was the methodological reference applied to data analysis. After the systematization of the data, the following subjects had been identified in the groups: PNH, humanization of health care practices; the work process; and related technologies. Finished these stages, the following task were to the elaboration of the drawing of intervention, constructed collectively through the data collected in the three groups. This construction was possible as a result of the data collected from the three groups. Including the actors permitted a better understanding of the various situations which permeate the production process of health care. Collectively to construct a proposal of intervention based on the speeches of the involved ones makes possible the protagonism of these citizens, therefore problematical the lived one in its daily one. To place them in the scene and scene favored to know the diversity of opinions, the diverse looks, to contemplate different realities that thus permeate the process of work in health in a EASH and, to point the possibilities so that the care in health is humanize, in accordance with what praises the PNH.

Keywords: Public Policies; Health Care Institutions; Humanism; Technology.

Humanización en las prácticas de salud: el discurso colectivo de los trabajadores, gestores y usuarios de un establecimiento asistencial de salud hospitalar (EASH)

RESUMEN

En este estudio, defendiendo la tesis de que la inclusión del otro (trabajador/gestor/usuario) en las prácticas de salud, teniendo como base los principios y directrices de la Política Nacional de Humanización (PNH), nos encamina hacia prácticas de humanización de atención a la salud desarrollada en los Establecimientos Asistenciales de Salud Hospitalar (EASH). Se trata de una investigación exploratoria y descriptiva, con abordaje cualitativo, que tuvo como objetivo general comprender cómo ocurre la inclusión del otro en la atención en salud desarrollada en EASH. Por tratarse de una investigación que enfoca la inclusión del otro en el proceso de humanización del trabajo en salud, fueron utilizados el método de Rueda y los métodos, directrices, dispositivos y herramientas de la PNH como recursos metodológicos. Así, el abordaje metodológico tuvo como objetivo el habla de los trabajadores, gestores y usuarios, que producen y reciben cuidados en salud en el hospital; esta habla fue colectada utilizando el método de Rueda (modelo Paidéia). El escenario escogido para operar esta investigación fue un EASH de media complejidad, ubicado en un municipio de la Gran Florianópolis. Los actores sociales de este estudio fueron nueve (9) trabajadores de la salud, ocho (8) gestores y ocho (8) usuarios del SUS, que reciben y producen el cuidado en salud en el escenario de investigación. Así, después de la selección inicial, fueron constituidos tres grupos con estos actores, es decir, formado un grupo con los usuarios, un grupo con los trabajadores y un grupo con los gestores. Los datos fueron colectados entre noviembre de 2007 y marzo de 2008. La técnica utilizada fue Ruedas de charla: el grupo como dispositivo, herramienta metodológica. En el modelo Paidéia, algunas etapas son esenciales. Estas fueron las adoptadas en esta investigación: Construir vínculos y contratos entre trabajadores de salud, gestores y usuarios, Definiendo los temas y Construir proyecto de intervención. El referencial metodológico del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC) fue utilizado en esta investigación para análisis de los datos. Después de tabulación de los datos, temas fueron identificados en los tres grupos, siendo: PNH, humanización en las prácticas de salud, proceso de trabajo y tecnologías relacionales. Finalizadas esas etapas, a tarefa seguinte foi à elaboração do desenho de intervenção, construído coletivamente através dos dados coletados nos três grupos. Esa construcción fue posible por medio de los datos recogidos en los tres grupos. La inclusión de los actores permitió conocer las más variadas situaciones que permean el proceso de producción del cuidado en salud. Construir colectivamente una propuesta de intervención sobre la base de los discursos de los participantes permite que la función de estos temas, porque problematiza vivido en su vida diaria. Lugar en la escena sobre la escena y ayudaron a conocer la diversidad de puntos de vista, las diferentes miradas, diferentes cubrir la realidad que impregnan el proceso de trabajo en salud como una EASH y, por tanto, apunta a la posibilidad de que la atención de la salud es humanizado, según con la que aboga por la Política Nacional de Humanización.

Palabras Clave: Políticas Públicas; Instituciones de Salud; Humanismo; Tecnología.

LISTA DE SIGLAS

AC - Ancoragens

AD - Assistente de Direção

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

EAS – Estabelecimento Assistencial de Saúde

EASH - Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Hospitalar

ECH - Expressões-chave

EH - Estabelecimentos Hospitalares

GE - Gerência de Enfermagem

GTH – Grupo de Trabalho de Humanização

IAD - Instrumento de Análise de Discurso

IC - Idéias Centrais

LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social

MR - Método da Roda

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

PNH - Política Nacional de Humanização

PNHAH - Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE QUADROS

| | |
|---|-----|
| Quadro 1: Cronograma de atividades dos grupos | 83 |
| Quadro 2: Conhecimento da PNH para os trabalhadores da saúde..... | 91 |
| Quadro 3: Opinião dos trabalhadores sobre o respeito à individualidade do usuário..... | 96 |
| Quadro 4: Significado de humanização no cuidado em saúde para os trabalhadores..... | 98 |
| Quadro 5: Humanização relacionada à alteração na estrutura física da instituição | 101 |
| Quadro 6: Finalidades da organização do trabalho realizado. | 102 |
| Quadro 7: O olhar dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em saúde..... | 103 |
| Quadro 8: Como os trabalhadores avaliam o modo de organização do trabalho no EASH | 106 |
| Quadro 9: O modelo atual de trabalho na instituição..... | 107 |
| Quadro 10: Integralidade no cuidado em saúde..... | 108 |
| Quadro 11: O uso das tecnologias relacionais pelos trabalhadores | 109 |
| Quadro 12: Cuidado ao trabalhador da saúde | 114 |
| Quadro 13: Conhecimento dos gestores sobre a PNH | 114 |
| Quadro 14: A visita aberta | 116 |
| Quadro 15: Trabalho coletivo | 117 |
| Quadro 16: Mudança no modo de gestão..... | 119 |
| Quadro 17: O significado de humanização no cuidado em saúde para os gestores..... | 121 |
| Quadro 18: Humanização como possibilidade para alterar o modelo instituído | 122 |
| Quadro 19: Protagonismo dos envolvidos | 126 |
| Quadro 20: O discurso dos gestores sobre o processo de trabalho na instituição..... | 126 |
| Quadro 21: Tecnologias relacionais..... | 134 |
| Quadro 22: Percepção do usuário acerca do cuidado em saúde que recebe no EASH..... | 138 |
| Quadro 23: A Estrutura dos serviços de apoio do EASH | 140 |
| Quadro 24: Valorização dos usuários aos sujeitos trabalhadores da saúde | 142 |
| Quadro 25: Fator que ocasionou a hospitalização do usuário no EASH | 144 |
| Quadro 26: O conhecimento dos usuários sobre a PNH..... | 149 |
| Quadro 27: Percepção do usuário sobre o horário de visita..... | 150 |
| Quadro 28: Significado de humanização no cuidado em saúde para os usuários..... | 151 |
| Quadro 29: Certezas e incertezas da continuidade do tratamento | 153 |
| Quadro 30: Como ocorre a inclusão do usuário no processo de produção de saúde e cuidado | 154 |
| Quadro 31: Como o usuário percebe a integralidade no cuidado | 155 |
| Quadro 32: Como o usuário percebe seu protagonismo no cuidado em saúde..... | 157 |
| Quadro 33: Percepção dos usuários sobre o direito a informação | 157 |
| Quadro 34: Comunicação entre usuário e trabalhador da saúde | 161 |

SUMÁRIO

| | |
|--|------------|
| LISTA DE SIGLAS..... | 15 |
| LISTA DE QUADROS..... | 16 |
| CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO: A TESE | 18 |
| CAPÍTULO II - AS BASES TEÓRICAS DO ESTUDO | 32 |
| 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL | 32 |
| 2.1.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH | 37 |
| 2.1.2 Política Nacional de Humanização..... | 42 |
| 2.2 HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE | 46 |
| 2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE | 54 |
| 2.4 TÉCNICA, TECNOLOGIA E TRABALHO EM SAÚDE | 62 |
| CAPÍTULO III - METODOLOGIA | 73 |
| 3.1 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO | 74 |
| 3.2 ATORES SOCIAIS | 75 |
| 3.3 COLETA DE DADOS | 78 |
| 3.4 ANÁLISE DOS DADOS | 86 |
| 3.5 TABULAÇÃO DOS DADOS..... | 88 |
| 3.4 ASPECTOS ÉTICOS | 89 |
| CAPÍTULO IV – O DISCURSO COLETIVO DOS TRABALHADORES, GESTORES E USUÁRIOS DE UM EASH SOBRE A PNH, HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE, PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIAS RELACIONAIS..... | 90 |
| CAPÍTULO V - O DESENHO DE INTERVENÇÃO..... | 165 |
| NOTAS FINAIS: A TESE CONFIRMADA | 173 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 179 |

CAPÍTULO I - CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO: A TESE

[...] O que vive não entorpece.
O que vive fere.
O homem,
porque vive,
choca com o que vive.
Viver é ir entre o que vive.
(MELO NETO, 1986, p. 316).

A aproximação com os temas processo de trabalho, relações de trabalho e humanização no cuidado em saúde teve início quando adentrei na prática profissional de Enfermagem e com meu desenvolvimento acadêmico. Ao realizar o curso de especialização em Administração dos Serviços de Saúde e de Enfermagem (1998), busquei compreender como os trabalhadores de Enfermagem de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) percebiam seu trabalho e que significados davam a ele.

Em 1999, já freqüentando o Mestrado, desenvolvi uma atividade prática correspondente à disciplina Prática Assistencial, do referido curso, em que me propus uma nova (re)organização do trabalho da Enfermagem, utilizando um novo modelo referencial para a realização de nossa prática. Este modelo foi o da Abordagem Sociohumanista para um "Modo de Fazer" o trabalho da Enfermagem (CAPELLA, 1996). Os resultados dessa atividade apontaram que os trabalhadores da Enfermagem necessitam encontrar formas de trabalhar com qualidade e serem valorizados pelo trabalho que realizam; o modelo de Capella permite a participação dos trabalhadores em todo o processo de trabalho. Outro dado de relevante importância, identificado nessa atividade, foi o desgaste nas relações interpessoais entre trabalhadores da Enfermagem, gestores e usuários, em virtude do modo como o trabalho em saúde está organizado.

No ano de 2005, ao finalizar o Curso de Especialização em Gerontologia, pesquisei o atendimento prestado ao idoso no contexto hospitalar, dentro do enfoque do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e da Política Nacional de Humanização (PNH).

Com a realização dessas atividades acadêmicas, percebi, por um lado, mais uma vez, a fragilidade da equipe de enfermagem, as dificuldades, os medos, as angústias, e, por outro lado, as facilidades que esses trabalhadores encontram em seu processo de trabalho. Pude

detectar essas facilidades, principalmente, através do interesse manifestado pelos trabalhadores (especialmente os que participaram da atividade de prática assistencial já referida) de encontrar "linhas de fuga¹/quebras²" para trabalhar e viver com qualidade.

Atualmente, sou enfermeira de um Hospital Universitário e docente vinculada a um Curso de Graduação em Enfermagem. Nessa trajetória assistencial-docente, desenvolvo atividades ligadas diretamente aos trabalhadores da saúde³ e aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Percebo, em muitos momentos, tanto a fragilidade do trabalhador da saúde, como do usuário externo⁴ do SUS. A fragilidade de ambos é mais visível quando, por causa dos entraves existentes nas Políticas Públicas de Saúde, não são supridas adequadamente as necessidades dos usuários.

O trabalho em saúde é uma atividade que tem sua história, sendo influenciado, entre outros aspectos, pela cultura e pelas crenças de seus atores. Os sujeitos que atuam nesse processo são influenciados e, ao mesmo tempo, podem influenciar essa construção. Assim, podem gerar novas condições para que novos processos históricos sejam conformados. É recomendável, portanto, que, ao se conceber alguma ação na área de saúde, deva-se investir na participação ativa dos sujeitos envolvidos, rompendo com a normatização e a prescrição, normalmente instituídas pelas administrações superiores dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS⁵) e/ou pela educação, formação dos profissionais. Esse envolvimento deve começar com o diálogo⁶, que é a porta inicial para um processo relacional.

Concebo o diálogo como uma conversação entre duas ou mais pessoas, na qual existe envolvimento, escuta e percepção recíproca, para que a interação ocorra espontaneamente, estabelecendo-se, por conseguinte, uma relação. Nessa relação sempre nos deparamos com o Outro⁷,

um diferente que vai nos causar certo estranhamento e desencadear um olhar para dentro e para fora muito dinâmico da própria imagem de cada um dos envolvidos; uma expressão através de um discurso, de gestos e de ações práticas. É nessa relação que nos construímos e re-construímos como

¹ São evidências de que há diferentes maneiras de pensar as ações.

² É a consciência de que poderá haver mudanças.

³ É considerado aqui o profissional com formação na área da saúde.

⁴ É o ser humano que utiliza os serviços de saúde para atender suas necessidades no processo de saúde/ doença.

⁵ O conceito, incluso na Resolução Diretora Colegiada n. 50, de **Estabelecimento Assistencial de Saúde (EAS)** - denominação dada a qualquer edificação destinada à prestação de assistência à saúde da população, que demande o acesso de pacientes, em regime de internação ou não, qualquer que seja o seu nível de complexidade. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf> Acesso em: 11 ago. 2008.

⁶ Diálogo é definido por Merhy (1997) para denotar a conversação entre duas ou mais pessoas. Refere-se ao diálogo vivo como uma forma particular de relação intersubjetiva, na qual um indivíduo distinto e único entra em relação com o outro.

⁷ O Outro é o diferente, um ser de possibilidades, singular, total.

sujeitos no mundo (MATUMOTO; MISHIMA; FORTUNA, 2002, p. 4).

O homem realiza-se como sujeito no trabalho, expressando sua subjetividade e utilizando suas potencialidades, modificando-se e sendo modificado, desenhando sua história. Portanto, o enfoque do trabalho deve atender às necessidades de saúde dos usuários, além das necessidades dos sujeitos trabalhadores da saúde e dos gestores, estimulando-os e tornando-os partícipes de todo o processo. Dessa forma, podemos romper com a visão de que a missão de pensar esteja ao encargo de alguns trabalhadores e/ou algumas profissões da área de saúde, enquanto aos demais restaria apenas cumprir o que foi pensado. A estes, caberia apenas a tarefa da execução do que foi pensado por outros. Esse mecanismo acaba gerando um ciclo vicioso, reforçando a divisão técnica e social do trabalho, o que é enfatizado por Lunardi Filho (1998, p. 50-51), ao afirmar que

o trabalhador, desapropriado de sua competência, é cada vez mais mutilado e despojado de seu caráter humano e inteligente. O trabalho do produtor unitário é cada vez mais privado de seu conteúdo humano, tornando-se repetitivo e maquinal.

A execução do trabalho torna-se uma obrigação, em que a participação ativa e prazerosa acaba por ser substituída por uma ação mecanizada, repetitiva, “acriativa”. Um dos elementos que pode contribuir para superar tal contradição é o investimento nas tecnologias relacionais⁸, nas quais o trabalhador, gestor e usuário sejam partícipes dessa construção histórica.

Outro aspecto que precisa ser considerado diz respeito ao processo de desgaste psíquico, físico, emocional e das relações, que acaba por ocasionar sofrimento no trabalho. Esse sofrimento pode ser agravado se as condições existentes para a realização do trabalho são circundadas de fatores inadequados, conforme declara Martins (2000). Trabalhar nessas condições predispõe a banalização do trabalho, pois, ao trabalhador “[...] é-lhe vedada à possibilidade de fingir que não vê o que vê, de fingir que não sente o que sente” (SOUZA, 2006, p. 133). Mas as condições precárias não poderiam ser precondições para que os trabalhadores continuem a sua jornada de transformação, de mudança no próprio processo de

⁸ Tecnologias relacionais são consideradas tecnologias leves que, segundo Merhy (1997, p. 73) podem gerar alterações significativas no modo de trabalhar-se em saúde “[...] sob uma ótica analisadora pautada pela ética do compromisso com a vida e expressa em ato nas dimensões assistenciais do trabalho vivo em saúde, como a relação de acolhimento, a criação do vínculo, a produção da resolutividade e a criação de maiores graus de autonomia, no modo das pessoas andarem na vida”.

trabalho?

A forma como o homem produz e constrói sua história dá-se pelo trabalho. Portanto, a centralidade do trabalho e suas relações sociais envolvem os aspectos educativos. É necessário, então, buscar alternativas para operar o trabalho em saúde e “construir a relação do trabalhador com os usuários do sistema de atenção à saúde, edificando uma relação mais solidária entre os trabalhadores e os usuários e entre os próprios trabalhadores” (MERHY, 1997a, p. 126).

Para mudar essa situação, é necessário “qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 347). O trabalho participativo pode contribuir, então, para que seus atores/executores possam ser sujeitos de suas vidas, de seu trabalho, de sua história. Mas o que seriam os parâmetros de solidariedade e cidadania? Como mensurá-los, verificá-los? Se existem parâmetros que não os conhecemos, podemos ultrapassá-los?

A qualificação dos trabalhadores requer a incorporação de competências que desenvolvam habilidades criativas e inovadoras. Nesse sentido, a tecnologia, também, poderá ser uma aliada para humanizar a atenção à saúde. Torna-se importante, então, “ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com o interesse dos usuários” (MERHY, 1997b, p. 131). Dessa forma, intensificar-se-ia a relação entre trabalhador e usuário. Mas quais são os interesses dos usuários no setor saúde? Seria apenas, por exemplo, a necessidade de ter médicos suficientes para atender as demandas criadas pelos usuários, uma necessidade destes? E o que seriam então as reais necessidades dos usuários com relação ao setor saúde, com relação à atenção em saúde?

Há de se considerar que tanto trabalhadores quanto usuários podem modificar a forma como o trabalho em saúde está instituído e reproduzido, principalmente nas áreas consideradas de alta complexidade, em que o predomínio da tecnologia é visível (presença de equipamentos/materiais) e necessário (recurso para intervenções terapêuticas). Nessas áreas, o trabalho em saúde ali desenvolvido caracteriza-se por disponibilizar recursos tecnológicos qualificados, porém, muitas vezes corroboram para que a subjetividade do trabalhador e do usuário não seja valorizada. Assim, tenho a concordar com o que é enfatizado por Rossi e Silva (2005, p. 463), de que a

construção de tecnologias para a ação do trabalho vivo em ato e para a gestão desse trabalho abrem espaços interrogadores e de ruptura dos

processos institucionalizados, transformando o processo de trabalho em lugar estratégico de mudança.

Alterar o cenário atual do trabalho em saúde requer repensar estratégias que possibilitem re-significar o caráter humano deste. Assim, permitir que a alteridade manifeste-se no trabalho para que ele seja concebido como humanizado é reacender possibilidades, pois

pensar nas formas de alteridade implica pensar nos modos pelos quais se estabelecem as trocas entre os seres humanos, fundamentais para a construção da subjetividade, uma vez que o sujeito constitui-se pela existência do outro. Implica, também, pensar na diferença. O alter, o outro, que nos ama, fala, olha, odeia ou nega é diferente de nós e é fundamentalmente necessário que nos aceitemos em nossa mútua diferença, o que nos faz singulares. A identidade, marca específica do sujeito humano, não apenas se constrói nesse processo, mas também se mantém, ou não, através dele (TASSARA; DAMERGIAN, 1996, p. 308).

No entanto, podemos considerar que o usuário pode ser um sujeito que tem condições de contribuir em nosso trabalho e vice-versa, de forma objetiva e participativa. Assim, se trabalhador e usuários estivessem cômicos de suas parcelas de responsabilidades, nesta conjugação subjetiva, poderíamos, talvez, afirmar que temos uma relação que pode ser uníssona, mesmo que tenhamos dois sujeitos diferentes e complexos em processo relacional. É preciso reconhecer que aquele usuário é competente para participar do processo de forma conjunta.

Entretanto, ao observarmos as condições sob as quais vêm se estabelecendo as trocas entre os seres humanos, não podemos ficar otimistas. Em primeiro lugar, o próprio conceito de troca fica comprometido diante da falta de reciprocidade, de solidariedade, de empatia, de capacidade para aceitar e acolher o outro (TASSARA; DAMERGIAN, 1996, p. 308).

Mas isso faz parte da relação. Faz parte dos homens. Não basta, portanto, reconhecer o usuário como um estranho, como um diferente. Faz-se necessário reconhecê-lo em sua singularidade e sabedoria (MOREIRA, 2002). Porém, que é essa singularidade?

Poderíamos enumerar dezenas de exemplos que retratam as condições sob as quais se estabelecem as interações entre as pessoas. Ao invés da empatia, da reciprocidade, da aceitação do alter, do outro, do diferente, o que se acentua é a hostilidade, a intolerância, a violência, a discriminação, fundamentalmente contra o diferente. Quem é o excluído, o marginalizado do sistema, o pobre, o negro, o índio, o que carrega as marcas de sua identidade cultural? E que é impedido de se expressar como ser desejante, como portador de uma identidade psíquica, como humano, enfim. O que

temos, então, é que as trocas, indispensáveis à subjetividade, são marcadas pela rejeição, pelo ódio, pela indiferença. Os investimentos afetivos na sociedade contemporânea são, em grande parte, da mesma ordem, ou seja, falta amor, fundamento para a bondade e o caráter. As pessoas são coisificadas e as coisas personalizadas (TASSARA; DAMERGIAN, 1996, p. 309).

Todo ser humano é social, interage e depende de outros sujeitos. Através do contato com outro sujeito é possível compreender o mundo intermediado por diversos olhares.

O trabalho, a humanização das práticas de saúde, o uso das tecnologias relacionais no cuidado em saúde precisam ser mais investigados pela ótica dos seus produtores. Aproximar esses agentes, nessa discussão, para construir práticas coletivas, quem sabe pode ser um (re)começo.

Sabe-se das distâncias existentes entre esses agentes, dos obstáculos postos no cotidiano do cuidado, em especial, do que impera nos estabelecimentos hospitalares, cuja atenção maior é dada ao arsenal tecnológico e pouca valorização ao arsenal das relações, às pessoas, sujeitos construtores de um SUS que pode e dá certo.

Neste estudo apresento o discurso dos atores/autores (trabalhadores, gestores e usuários) que constroem o SUS cotidianamente, que vivem e respiram os programas, as políticas de saúde. Que se (re)encantam e desencantam-se cotidianamente. Que sofrem. Entretanto, há luz no final, há visibilidade de (re)construção de pontes, de interlocução entre os agentes, de (re)ligação, de (re)valorização. Há a possibilidade de expressão, de compartilhar, de renascer com uma nova proposta de intervenção factível e viável. Estas intervenções iniciam-se pelo trabalho, pela humanização do cuidado.

O trabalho é a atividade através da qual o ser humano modifica o mundo, a natureza, de forma consciente e voluntária, para satisfazer suas necessidades. É através do trabalho que o ser humano interage com a natureza continuamente.

O trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, media, regula e controla seu metabolismo com a natureza. Ele se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes a sua corporalidade, braços, pernas, cabeça, mão, a fim de apropriar-se da matéria numa forma útil para sua própria vida. Ao atuar por meio desse movimento sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, a sua própria natureza (MARX, 1983, p. 149).

Entendo por processo de trabalho uma conjugação de elementos e episódios que

podem construir um dado resultado. Este reflete e responde a uma dada necessidade e é o produto de um processo de transformação. Na área de serviços, como no caso da saúde, esse processo diferencia-se de uma linha de produção, de uma fábrica. Porque envolve a transformação de um objeto que é intangível, que é imprevisível, que é singular, o ser humano.

Na sociedade contemporânea, o trabalho, pelo modo que é realizado, pode levar o trabalhador ao individualismo. Tal modo de trabalhar reflete o comportamento do ser humano dentro de uma sociedade desigual. No entanto, permanecer nesse processo é compactuar com a desigualdade, com as injustiças, com o individualismo, com as ações desprovidas de sentimentos, de emoções. Porém, significaria também compreender que isso também é humano, é do homem. É criação da relação deste homem para com os outros homens. Em especial, quando estes aceitam, passivamente, a supremacia de qualquer sujeito sobre o outro. Seja em que situação esta venha a ocorrer. Assim, a desigualdade posta na sociedade é produto das relações entre seres humanos.

Para tentar alterar o cenário relacionado ao mundo do trabalho em saúde, em especial, nas áreas de media e alta complexidade, é primordial criar/propor condições para que exista uma relação interpessoal adequada entre os trabalhadores, usuários e gestores.

Assim, respeitar a diversidade presente na identidade do trabalhador de saúde, usuário e gestor pode favorecer o encontro relacional. O encontro com o diferente somente acontecerá mediante a presença da diversidade, pois esta consiste, também, na singularidade presente em cada ser. Por conseguinte, neste ato/processo do trabalho humano na saúde, faz-se necessário olhar diferentemente para cada um dos três. O princípio do respeito à diferença nasce então como pressuposto a ser vivido e compartilhado pelos produtores do trabalho em saúde que acreditam na transformação das práticas cotidianas vigentes.

Para Dussel (2002), o Outro não pode ser tratado como uma coisa, mais jamais pode ser separado das coisas. Para o autor, o Outro é um ser antropológico e não um problema filosófico. “O Outro será a/o outra/o, mulher/homem: um ser humano, um sujeito ético, o rosto como epifania⁹ da corporalidade vivente humana; será um tema de significação exclusivamente racional, filosófico e antropológico. Um absolutamente Outro [...]” (DUSSEL, 2002, p.16). Esse autor enfatiza que jamais poderemos denominar este Outro de pobre, mas sim de vítima. Esse Outro, então, é a vítima dos homens. Afirma ainda que “a simultânea responsabilidade por esta vítima, como experiência ética, é que Levinas denomina

⁹ Epifania seria a compreensão da essência ou do significado de algo. Ver o outro em sua totalidade, não fragmentado.

face a face” (2002, p. 373).

Porém, na presente Tese, a investigação está atrelada a relação existente entre o trabalhador da saúde, o gestor e o usuário dos serviços de saúde, situação de produção de cuidado, de produção de subjetividades. Portanto, o foco deste estudo dá-se nas relações de trabalho entre a Força de Trabalho e o seu objeto de transformação no setor da Saúde, em Estabelecimentos Hospitalares (EH). Essa força é mediada por instrumentos de trabalho dominados pela tecnologia dura¹⁰ e leve-dura¹¹, o que pode contribuir para afastar mais ainda o trabalhador, o gestor e o usuário, não possibilitando assim, o espaço para a inclusão das diferenças do outro.

Nos Estabelecimentos Hospitalares de media e alta complexidade, o trabalho/cuidado em saúde oferecido centra-se, quase que exclusivamente, em disponibilizar tecnologias duras e leve-duras, sendo as tecnologias leves geralmente suprimidas ou pouco utilizadas pelos seus executores no momento da produção do cuidado.

Ao trabalhar, sendo esse ato, mediado pelas tecnologias duras e leve-duras, o trabalhador da saúde e gestor corre o risco de deter atenção maior à tecnologia dura e leve-dura, ficando o usuário muitas vezes anônimo nesse processo, ou seja, invisível. É justamente neste tópico que reside o problema por mim estudado na presente tese, utilizando o referencial da Política Nacional de Humanização da Saúde, com autores que pesquisam e estudam esse tema.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) define como área de alta complexidade o “conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção básica e de média complexidade)”. Mediante essa definição, fica explícita a valorização dessas áreas e o investimento dos governantes em tecnologias duras e leve-duras.

Reforço, no entanto, ser fundamental articular os investimentos tecnológicos nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Hospitalar (EASH), como as tecnologias relacionais. Estas possibilitam um (re)visitar a prática de cuidado sob um novo prisma. Sob esse novo olhar, possivelmente superaremos o fato de que o cuidado, do modo que é produzido, ofertado, seja mecanizado e/ou reducionista. Entretanto, não seria a mediação dessas

¹⁰ Por tecnologias duras entendemos as constituídas por equipamentos do tipo máquinas, instrumentais, normas, rotinas, estruturas organizacionais (MERHY, 2002).

¹¹ Tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, como a fisiologia, a anatomia, a psicologia, e tantos outros saberes que atuam no processo de trabalho (MERHY, 2002).

tecnologias que possibilitariam um cuidado qualificado tecnicamente?

Sendo assim,

Além de elevar a dignidade das tecnologias leves no arsenal de nossos conhecimentos e artefatos para a saúde, além de aperfeiçoar nossas já bastante valorizadas tecnologias duras, precisamos criar as condições para otimizar o exercício de nossa sabedoria prática nos espaços de assistência (AYRES, 2004, p. 16).

Desse modo, parece ser essencial transpor o modelo instituído de cuidado em saúde para outra esfera que perceba os sujeitos envolvidos na produção de cuidado como possuidores de liberdade, de diferenças, de subjetividades, capazes de interagir. A aposta pode ser na PNH, como ferramenta metodológica de intervenção.

Assim, refletir sobre a atenção à saúde, com foco na humanização, implica rever o contexto histórico do setor. Permitir a perpetuação de uma relação vertical entre trabalhadores, usuários e gestores, o diálogo inadequado, o poder exercido pelo trabalhador sobre o usuário seria favorecer o distanciamento entre ambos, a não-valorização da diferença do outro. A diferença existente entre o eu (trabalhador) e o outro (usuário) é algo que sempre iremos defrontar no ato de cuidar e que não pode ser negada ou ignorada, e sim respeitada.

[...] o cuidado como uma categoria reconstrutiva, isto é, com um constructo filosófico que busca refletir, de modo simultaneamente crítico e propositivo, acerca das possibilidades de reorganização das práticas de saúde, orientada pelos valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência (AYRES, 2004, p. 16).

Os Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Hospitalar (EASH) não deveriam continuar organizando-se

sob regras rígidas que auxiliem no distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho, ao mesmo tempo em que propiciam a defesa dos interesses corporativos em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial (PIRES, 1998, p. 12).

Dessa forma, nos ambientes mais complexos, onde impera a tecnologia dura e a leve-dura, pode haver um favorecimento no sentido de que os trabalhadores da saúde e gestores, muitas vezes, não percebiam que o sujeito ali hospitalizado "se vê retirado do ambiente que lhe era mais familiar, privado de dar continuidade a aspectos vitais do seu cotidiano, sobretudo o convívio de pessoas queridas, o andar, o passear, o conversar, o trabalhar, o comer, dentre

outros" (BARBOSA, 1995, p. 3).

Esses trabalhadores necessitam repensar sua prática para que suas atividades e ações não se concentrem, apenas, no uso tecnológico. Evitando assim, que o sujeito usuário tenha sua identidade "mortificada"¹². A mecanização no cuidado e no tratamento não pode ocorrer, pois isso seria como se o estabelecimento assistencial hospitalar fosse uma fábrica, onde os procedimentos são feitos em série.

Portanto,

[...] necessitamos refletir quais são nossos verdadeiros papéis enquanto atores neste mundo do trabalho. Necessitamos transitar por uma nova ética profissional, que possibilite uma consciência existencial, cultivando o valor das relações humanas mais comprometidas com - o - outro. É o momento de trilhar uma enfermagem que não se dá e nem se faz no isolamento, mas compartilhada com todos os sujeitos envolvidos (OLIVO, 1998, p. 5).

A Política Nacional de Humanização, que vem sendo buscada pelo Ministério da Saúde, tem se mostrado um mecanismo importante para contribuir com a reversão do modelo assistencial de saúde vigente. A PNH é centrada na valorização da relação trabalhador-usuário, bem como, dos gestores em saúde. Tal política pressupõe a necessidade de valorização das subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde.

O modelo médico neoliberal tem fragmentado o objeto de trabalho em saúde e, por conseguinte, fortalecido a divisão do trabalho parcelar, cujo o diálogo entre os diferentes profissionais envolvidos é embrionário e, em especial, sem que o próprio usuário de saúde seja partícipe desse processo. Para modificar esse quadro, as tecnologias relacionais (tecnologias leves) devem ser absorvidas pelos estabelecimentos assistenciais de saúde, para que possam contribuir na mudança desse modelo assistencial.

Por outro lado, as tecnologias duras e leve-duras fazem parte, cada vez mais, do cotidiano do trabalho em saúde. Nos últimos anos, esse processo acelerou-se, fruto de um modelo econômico e de uma organização social que reflete a divisão da própria sociedade. No campo tecnológico, ele foi muito rápido, com o fenômeno de globalização da economia. Assim, os EASH absorveram o trabalhador com uma qualificação aprimorada, porém, nem sempre com os preceitos humanísticos presentes. Por isso, é muito comum que escutemos nas organizações que os trabalhadores estão muito atualizados tecnologicamente, entretanto, parecem ter ficado petrificados no que se refere à relação com o Outro.

Essas tecnologias duras e leve-duras não podem sobressair-se às tecnologias leves

¹² Mortificada significa o mesmo que *ignorado*.

(relacionais). Por esse motivo, percebo que existe uma urgência em viabilizar estudos que possam compreender esse afastamento, na prática cotidiana, do cuidado em saúde de forma humanizada. Os resultados dessas pesquisas, se bem aproveitados, poderão contribuir na formação de sujeitos partícipes do processo de construção do cuidado em saúde e, no caso, do próprio Sistema Único de Saúde (SUS).

Tenho a concepção de que, no modelo atual de saúde instituído,

os comportamentos são associados às representações, as quais se formam na interação entre pessoas, diferindo de uma simples perspectiva cognitiva. Estas representações são mediadas por um complexo cultural que influencia a maneira pela qual os indivíduos percebem determinada situação e a forma que encontram para enfrentá-la (FONSECA et al, 2007, p. 41).

Nesse contexto do trabalho em saúde, permeado de situações/ações não- condizentes com o estabelecido na PNH, é visível o distanciamento entre seus atores (trabalhadores, gestores e usuários) do sentido de um trabalho humanizado.

No entanto, alguns questionamentos fazem-se indispensáveis. Poderemos exigir comportamentos condizentes e necessários para (re)viver o trabalho humanizado? O profissional de Enfermagem tem formação adequada à nova ordem de atenção à saúde, na qual os usuários são cidadãos possuidores de direitos e deveres?

Assim, é preciso e urgente (re)inventar caminhos, construir pontes, reduzir distâncias. Dessa maneira, faz-se importante compreender o modelo relacional instituído no cuidado e tratamento em saúde, para posteriormente resgatar atitudes e comportamentos muitas vezes imperceptíveis pelos trabalhadores da saúde no trabalho vivo, para que elas configurem o caráter humanístico do trabalho.

Nossa indiferença, nossa passividade em face deste horror distante, mas também em face do outro (menos freqüente, mas não tão menos doloroso) que nos é contíguo, pressagiam o pior perigo. Porque estamos em perigo, no próprio centro do perigo (FORRESTER, 1997, p. 39).

Na atualidade, em que discussões, intervenções, programas e políticas são construídos com o intuito de modificar o instituído nas práticas de saúde, é pertinente afirmar que para ocorrer mudanças faz-se necessário um movimento de inclusão, de re-afirmação de nossas atuação e condição, de clareamento de situações nebulosas ou disfarçadas.

Nessa trajetória, em que fazemos história na saúde como protagonistas, há, com certeza, possibilidades de intervir salutarmente. Essas intervenções podem indubitavelmente

produzir reparos individuais e/ou coletivos que evitem a perpetuação do erro, que interrompam ou amortecem as quedas. Escorel (1999), ao analisar o filme *La Haine*, reportando para nossa realidade, nos diz que o importante não é a queda, mas a aterrissagem. Que aterrissemos, então, numa prática inovadora em saúde, incluindo novos modelos!

Inclusão e exclusão são temas, ou termos, abrangentes, porém pertinentes e imprescindíveis para a (re)significação da humanização no trabalho em saúde. Para Escorel (1999, p. 23), o termo **exclusão** “pode designar toda situação ou condição social de carência, dificuldade de acesso, segregação, discriminação, vulnerabilidade e precariedade em qualquer âmbito”.

A exclusão dos trabalhadores, gestores e usuários nas práticas de produção de saúde é a ação que reproduz as indiferenças, que reprime a expressão da subjetividade, que nega o protagonismo dos sujeitos, que mantém a verticalidade das ações, que separa os fazeres e saberes, que não agrega os seus construtores nesse processo, que opera ações individualistas. Parece que a exclusão, no entanto, é “naturalizada” pelos construtores/produtores da saúde pelo “hiato da solidariedade” (ESCOREL, 1999, p. 53).

A inclusão, então, urge como uma ruptura do instituído, clamando por uma nova prática de interação entre seus agentes e protagonistas, a nível individual e coletivo, rompendo os fazeres, saberes e cuidados excludentes. É como se a inclusão fosse um elo de aproximação, uma ponte entre as diversas ilhas existentes no trabalho em saúde, em especial, no desenvolvido no contexto hospitalar.

Incluir o outro não é apenas fisicamente, mas produzindo processos coletivos de integração, de cuidado diferenciado. Desintegrar o que integra a exclusão é reintegrar práticas inclusivas. Exclusão e inclusão, termos e conceitos que divergem, opostos, que ocupam lugares variados nas práticas de produção de saúde. No entanto, a exclusão social pode contribuir para a radical perpetuação de práticas não-humanizadas. Assim, para emergir a inclusão, como prática humanizadora nos serviços saúde, não podemos negar ou “excluir” toda a trajetória política de nosso país, atravessando os diversos campos para compreender o cenário real dessas práticas. Uma possibilidade posta, para a inclusão de práticas humanizadas, é re-visitar o processo de trabalho em saúde.

Entretanto, de que inclusão falamos?

Nossa sociedade é inclusiva no que tange aos serviços de saúde. Todo cidadão brasileiro, em tese, tem acesso garantido aos serviços de saúde nos diversos âmbitos. Possui a garantia do direito ao atendimento em saúde por meio do SUS (universalidade, equidade e integralidade). Mas somos incluídos em todo esse processo?

Vejamos um exemplo.

Posso abrir uma conta bancária apenas apresentando um comprovante de residência, a carteira de identidade e CPF. Posso estar desempregada, não ter renda, mas mesmo assim tenho direito a ter uma conta bancária. No entanto, o gerente responsável por minha conta bancária, será o mesmo do João (outro – nome hipotético) que possui emprego fixo, com uma renda salarial mensal superior a 30 salários mínimos? Este mesmo indivíduo (João) que possui essa renda de 30 salários mínimos terá os privilégios de Pedro, cuja renda salarial é superior a 200 salários mínimos? Eu, João e Pedro estamos incluídos no sistema bancário capitalista, contudo o limite de nossa conta, o tipo de cartão de crédito, os empréstimos pré-aprovados serão, com certeza, diferentes para cada um.

Retornando a saúde, temos todas as garantias da lei de acesso, de atendimento, como mencionei anteriormente. Porém, somos realmente incluídos nesse processo?

A inclusão é uma estratégia humana de receber o outro, de receber a vida, de iniciar uma onda bioenergética em que a primeira pulsão é a inclusão. É uma necessidade humana. Incluir-se é uma decisão pessoal de querer pertencer ou não àquele grupo, àquela sociedade. Por outro lado, inclusão também oferece resistência, pois gera disputa. Inclusão é conflito e merece que analisamos também as relações que a permeiam.

No encontro entre as diferenças, é que se opera a transversalidade. Transversalidade é inclusão, enfrentamento, pressupõe atitudes não-reducionistas. Inclusão na diferença não significa produzir saúde, significa produzir subjetividade. Humanizar é produção de sujeito garantindo posições de diferenças. Humanização e inclusão é ampliação da clínica, re-significando o instituído de tal modo que a intervenção possibilite inseparabilidade entre o fazer e o conhecimento. Conhecimento é ampliação.

Mediante as reflexões até o momento feitas, neste estudo, defendo a tese de que com a inclusão do outro (trabalhador/gestor/usuário) nas práticas de atenção à saúde, tendo por base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, encaminharemo-nos à práticas de humanização da atenção à saúde nos estabelecimentos de assistência hospitalar.

Sendo assim, a **questão central** deste estudo é: de que modo incluímos o outro (trabalhador, gestor e usuário) nas práticas de atenção à saúde em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Hospitalar, em que impera a utilização maciça de tecnologias duras e leve-duras?

O **objetivo geral** desta pesquisa é: Compreender como ocorre a inclusão do outro (trabalhador, gestor e usuário) na atenção à saúde desenvolvida em Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Hospitalar.

A presente Tese está organizada em cinco (5) capítulos.

No **Capítulo I**, apresento a contextualização da pesquisa: a tese. Aqui apresento a tese que defendo, o objetivo e questão norteadora da pesquisa.

O **Capítulo II** traz a sustentação teórica do estudo dividida nos seguintes tópicos: Políticas Públicas e Programas de Humanização em Saúde no Brasil; Humanização no cuidado em saúde; Processo de trabalho em saúde; Técnica, tecnologia e trabalho em saúde.

No **Capítulo III**, apresento o percurso metodológico contruído para que fosse possível concretizar a Tese. Explicito o referencial metodológico adotado para coleta e análise dos dados.

Já o **Capítulo IV** aponta e descreve os resultados e a análise do estudo por meio dos discursos coletivos dos participantes.

E, finalmente, as notas finais, com as minhas construções e desconstruções, com as limitações e as facilidades para que tal estudo seja a concretização de uma investigação científica.

Assim, convido os leitores a acompanhar-me nas páginas a seguir. Uma viagem pela realidade do cotidiano das práticas de saúde.

A seguir, pontuo o suporte teórico que sustentou o presente estudo de tese.

CAPÍTULO II - AS BASES TEÓRICAS DO ESTUDO

O Estado não tem uma estrutura armada da cabeça aos pés como a estátua do Comendador. O Estado é feito de corpos que têm sua própria estrutura, que entretêm relações antagônicas entre si, o que faz com que às vezes dê para encontrar certos apoios, certas alianças e até certa cumplicidade com alguns pedaços dele
(GUATTARI, 1986, p.150).

Neste capítulo, apresento a sustentação teórica do estudo dividida nos seguintes tópicos: Políticas Públicas e Programas de Humanização em Saúde no Brasil; Humanização no Cuidado em Saúde; Processo de Trabalho em Saúde; Técnica, Tecnologia e Trabalho em Saúde.

2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS E PROGRAMAS DE HUMANIZAÇÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Início este subcapítulo parafraseando Deleuze (2006), que afirmava não suportar discussões quando estas são pautadas apenas em interrogações. Segundo esse autor, não há motivo ou razão para controverter algo quando as pessoas não sabem a respeito de que problema estão discutindo. Como Deleuze, acredito que o diálogo não pode ser realizado apenas com questionamentos. Na conversa, deve haver espaço para a resposta, mesmo que esta não seja a que a pessoa deseja.

As discussões apresentadas a seguir focam a humanização nos serviços de saúde, em especial no contexto hospitalar. Assim, convido-os para acompanhar-me nesta discussão, que provavelmente em alguns momentos vai incomodar, provocar ou quem sabe, fazer-lhes pensar mais uma vez sobre nosso modo de ser e agir no trabalho em saúde.

Ao abrigarmos a tese da especificidade e singularidade de cada ser humano, assumimos a condição de que Políticas Sociais e de Saúde devem ser propostas para grupos populacionais, porém, considerando as necessidades e as experiências de cada sujeito que delas participará.

Políticas públicas e movimentos sociais são campos temáticos que transversalizam-se

(AZIBEIRO, 2002). Esta transversalização ocorre desde o momento de sua concepção, até o desenvolvimento e a avaliação. Ao transversalizarem-se, a compreensão dos momentos anteriores fortalece o próximo momento, ampliando assim, a visão de conjunto das práticas cotidianas. Políticas públicas e movimentos sociais confundem-se, ao mesmo tempo em que se confrontam, e isso pode determinar a consolidação de ambos, ou então, a derrocada dos dois. Dessa forma, compreender essas relações pode fazer com que afirmemos uma política pública em especial, no campo da saúde. Talvez, a compreensão das Políticas Públicas sensibilize-nos a pensar formas de ser e agir mais solidárias, despertando a re-criação constante enquanto trabalhador, gestor e usuário no processo de subjetivação contínuo de recriação. Quem sabe aproximar as pontes existentes entre o agir, o fazer e o ser.

Para efetivar uma Política, é necessário definir e/ou readequar planos, programas, projetos e atividades do setor saúde, que de modo direto ou indireto relacionam-se com o seu objeto. É primordial a articulação entre Ministério da Saúde (MS) e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para sua operacionalização. Enfim, para que essa política alcance seus objetivos, as suas diretrizes essenciais necessitam ser cumpridas (MARTINS et al 2007).

Pode-se dizer que, no Brasil,

a participação democrática nas decisões e ações que definem os destinos da sociedade brasileira tem sido duramente conquistada por esta mesma sociedade, de um estado tradicionalmente privatista que mantém relações simbióticas e corporativas com grupos privilegiados (CARVALHO, 2000, p. 45)

No entanto, ressalta-se que a garantia na lei de inúmeras Políticas são conquistas de muitas lutas reivindicativas. Como exemplo de conquista dos movimentos sociais, temos a Constituição de 1988, como fruto de nossas reivindicações.

Em seu Artigo 1º, na Constituição Federal, está escrito que “todo poder emana do povo, que exerce indiretamente, através de seus representantes eleitos, ou diretamente, nos termos desta constituição” (BRASIL, 1998).

Reportando agora para a área da saúde, é importante destacar que todo este movimento reivindicatório, a luta pela Reforma Sanitária, aliando a ação dos profissionais da Saúde – os Sanitaristas – aos emergentes movimentos populares e sindicais na área de saúde, consegue aprovar o Sistema Único de Saúde - SUS, que institui um sistema de co-gestão e controle social tripartite (Estado, profissionais e usuários) das políticas de saúde, que se articula desde os conselhos gestores de equipamentos básicos de saúde até o Conselho Nacional, regido pela Conferência Nacional de Saúde (TOMACHESKI, 2007).

Em 1988, com a nova Constituição Federal, é criado o Sistema Único de Saúde (SUS), “e o direito à saúde é incorporado no arcabouço jurídico formal” (TOMACHESKI, 2007, p. 17).

Assim, os direitos sociais referentes às condições de saúde são assegurados pelo SUS através da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que é fundamentada em seis princípios básicos de cidadania. Juntos, esses princípios garantem ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados. A carta é regida nos seguintes princípios (BRASIL, 2006, p. 1-9):

PRIMEIRO PRINCÍPIO: assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz.

SEGUNDO PRINCÍPIO: assegura ao cidadão o tratamento adequado e efetivo para seu problema, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados.

TERCEIRO PRINCÍPIO: assegura ao cidadão o atendimento acolhedor e livre de discriminação, visando à igualdade de tratamento e uma relação mais pessoal e saudável.

QUARTO PRINCÍPIO: assegura ao cidadão o atendimento que respeite os valores e direitos do paciente, visando a preservar sua cidadania durante o tratamento.

QUINTO PRINCÍPIO: assegura as responsabilidades que o cidadão também deve ter para que seu tratamento aconteça de forma adequada.

SEXTO PRINCÍPIO: assegura o comprometimento dos gestores para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Apesar do Sistema Único de Saúde ser considerado jovem, possui um histórico de investimentos em excelência em saúde e ampliação do acesso da população à atenção básica. Existem ainda conquistas a serem alcançadas, e outras a serem solidificadas, como a garantia de atendimento humanizado e de qualidade aos usuários do SUS, principalmente nas instituições hospitalares.

Merecem também destaque, pela participação da sociedade organizada, pressionando e construindo espaços de co-gestão, as áreas que envolvem políticas de defesa da criança e do adolescente e de assistência social, com novas leis, como o Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS. Essas políticas, marcadas tradicionalmente pelo paternalismo e pelo clientelismo, são redefinidas de modo mais universal e democrático e submetidas ao controle social exercido por movimentos sociais e entidades profissionais. A ampliação das possibilidades de gestão participativa das políticas públicas não esgota, porém, o sentido da participação, embora talvez seja sua dimensão principal nos próximos anos (TOMACHESKI, 2007).

A interação entre o Estado e a sociedade é fundamental no avanço da democratização, podendo gerar uma relação de autonomia e, ao mesmo tempo, direcionada a garantir políticas públicas eficazes que efetivem os direitos humanos.

Políticas, nesse sentido,

São as formas próprias de o Estado agir, nos diversos níveis, de acordo com as formas como planeja atender às necessidades da população. Essa ação não é apenas uma decisão governamental, mas o resultado e a expressão de um complicado jogo de forças e interesses presentes na sociedade (AZIBEIRO, 2002, p. 30).

É pertinente questionar então: qual o significado de Política?

Pode-se dizer que política é qualquer ação que envolve mais de uma pessoa ou ainda, qualquer movimento social. Sob outro prisma, seria a ciência que discute formas de organização, de vida, de regras de convivência e auxilia a normatizar o modo de vida em sociedade.

Através da política, visualizaremos o que pode ser possível ou o que é impossível. A política é dinâmica, sempre em movimento. Assim, torna-se impossível centrar-se em um único conceito, pois esta trata dos assuntos humanos, algo de extrema complexidade. Talvez o desafio maior na atualidade seja aprender a articular, a interagir, a criar, a ponderar. Atitudes que são complexas. A dimensão política perpassa todas as outras dimensões da vida humana. Nossas decisões, nossas escolhas, sempre terão a dimensão política. (AZIBEIRO, 2002).

A fase de formulação de uma política é definida por Silva (2002) como o início de um processo em que as propostas adquirem forma ao definirem-se suas metas, seus objetivos. Uma política passa a ser considerada como programa quando se explicita a estratégia de programá-la. Podemos afirmar que um programa tem como características o planejamento e organização visando intervenções que atenuem ou modifiquem situações consideradas insatisfatórias. Um programa de saúde visa a melhoria das condições de vida humana disponibilizando infra-estrutura adequada e criando condições – técnicas, organizacionais, recursos humanos - para que sua aplicação seja adequada, eficiente e eficaz. (HOLANDA, 2003). O Programa é o modo de formalizar instruções para permitir que todos possam entender as ações previamente definidas.

A elaboração, implantação e avaliação do Programa, quando feitas com a participação do usuário, trabalhador da saúde, gestores, representam o início da efetiva implantação de uma política. Nesse caso, para a implementação por meio de uma ação de autoridade, criam-se as condições para sua prática, o plano de ação.

O plano seria o conjunto de programas que visem objetivos comuns; programa, o

conjunto de atividades organizadas para serem executadas de acordo com protocolos, cronogramas, recursos financeiros disponíveis para sua aplicação prática. Dessa forma, criam-se as condições para alcançar as metas de uma Política que se deseja. No entanto, para aferir a efetividade de um programa são necessárias ações de avaliação.

O efeito do plano de ação estabelecido influencia direta e indiretamente o alcance dos objetivos estabelecidos previamente no programa, sendo o impacto deste o resultado esperado ou atribuído às ações. No entanto, a eficácia do programa está relacionada ao alcance de seus objetivos e à sua eficiência na relação entre objetivos e resultados. (AZIBEIRO, 2002).

Parto do princípio que, quando as Políticas Públicas de Saúde são concebidas, elas devem atender às necessidades dos seres humanos para os quais se dirigem. Essas necessidades, no entanto, devem ser as manifestadas pelos envolvidos. Para tanto, estes devem participar, efetivamente, da consecução das Políticas Públicas de Saúde. Mas será que os usuários dos serviços da saúde não esperam apenas que o trabalho em saúde seja feito tecnicamente adequado, com uma boa atenção em termos de relações interpessoais? Será que isso não seria o que estamos a dizer com relação à humanização?

O modelo médico neoliberal tem fragmentado o objeto de trabalho em saúde e, por conseguinte, fortalecido a divisão do trabalho parcelar, sem que haja o diálogo entre os diferentes profissionais envolvidos e, em especial, sem que o próprio usuário de saúde seja partícipe desse processo. Assim, para modificar esse quadro, as tecnologias relacionais (tecnologias leves) e as tecnologias leve-duras podem ser absorvidas pelos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, para que possam contribuir na mudança daquele modelo assistencial.

No Brasil, já existem alguns programas voltados para a humanização dos serviços de saúde. Dentre eles, cito alguns:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (1983);
- Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os Profissionais em Saúde (1988);
- Proposta de Humanização do Programa de Saúde da Família (1994);
- Programa Nacional dos Direitos Humanos (1996);
- Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN (2000);
- Programa "Mãe-canguru" (2000);
- Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (2001).

Dentre todos os programas citados, apresento mais detalhadamente a PNHAH, por sua importância nesta discussão.

2.1.1 Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH

Criado em 2001, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2001) tem como objetivo a promoção de uma cultura de atendimento humanizado na área da saúde. O programa pressupõe:

- uma melhoria efetiva e permanente da qualidade dos serviços de saúde;
- uma abordagem que seja capaz de integrar os avanços técnico-científicos da medicina;
- absorver os avanços derivados das novas técnicas de administração hospitalar que podem advir da adoção de uma ética universalista de atendimento humanizado, fundada no respeito à singularidade das necessidades dos usuários e do profissional.

Nessa perspectiva integradora, o conceito de humanização adquire um caráter transversal e vincula-se a um conjunto de condições e relações que se estabelecem no processo de trabalho e atendimento hospitalar.

Entre as principais ações promovidas pelo programa, incluem-se (BRASIL, 2001):

- a formação de grupos para a elaboração de políticas de atendimento humanizado;
- a capacitação de profissionais para a elaboração de projetos locais de humanização;
- a catalogação de experiências de humanização que vêm sendo implementadas em diferentes regiões do país;
- a realização de pesquisas para avaliar as condições de humanização do atendimento nos hospitais da rede SUS;
- a criação do Portal Humaniza, que sistematiza todas as informações relativas à Rede de Humanização implementada pelo PNHAH.

A humanização dos hospitais será uma ação tão abrangente que as exigências da cidadania farão com que extrapole o âmbito dos hospitais públicos e chegue aos estabelecimentos privados. A humanização decorre dos direitos da clientela, razão de ser da própria rede hospitalar. Então não será suficiente o hospital apresentar aqueles itens

tradicionais de qualidade e organização, mas terá de responder com ambientes, ações e gestos humanizados, humanizadores e de qualidade de vida, em respeito aos próprios direitos humanos e em resposta às novas exigências sociais.

Nesse contexto, surge outra necessidade voltada para o serviço: é preciso mudar a visão do trabalho dos profissionais de saúde. Em muitos lugares, quando se fala em trabalhadores de saúde, pensa-se apenas em médicos e enfermeiros. As experiências multi e interdisciplinares ainda não ganharam a abrangência que precisam ganhar, para transformar-se num novo padrão de trabalho. Diferentemente do que ocorre, quando se fala em trabalhadores de saúde, é necessário que se entenda por isso todas as categorias envolvidas com a atenção à saúde: médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, arte-terapeutas, vigilantes, dirigentes, todos, enfim, que prestam serviços no estabelecimento.

Os Principais Objetivos traçados no PNHAH primavam (BRASIL, 2001):

- fortalecer e articular todas as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar pública;
- melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS;
- modernizar as relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade;
- capacitar os profissionais do hospital para um novo conceito de atenção à saúde, que valorize a vida humana e a cidadania;
- conceber e implantar novas iniciativas de humanização dos hospitais que venham a beneficiar os usuários e os profissionais de saúde;
- estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimentos e experiências nessa área;
- desenvolver um conjunto de parâmetros de resultados e sistema de incentivos ao serviço de saúde humanizado;
- difundir uma nova cultura de humanização na rede hospitalar credenciada ao SUS.

A PNHAH, portanto, visava criar uma cultura de humanização, partindo do que já é feito nesse sentido; criar uma filosofia organizacional que promova a conjugação cotidiana do verbo humanizar. A preocupação é com a continuidade da assistência hospitalar humanizada, para que supere as descontinuidades que as mudanças de direção (gestão), ou governo,

geralmente provocam.

A humanização do atendimento envolve a observação de todos os aspectos ligados ao adoecer, como o respeito aos temores, às crenças e às fragilidades dos usuários e de seus familiares, além da ética na adoção das atividades técnico-científicas. A humanização amplia a possibilidade de integração da equipe técnica com os usuários, para uma nova concepção sobre o cuidado em saúde no ambiente hospitalar.

A humanização da assistência hospitalar está longe de ser satisfatória. Urge encontrar novas estratégias que propiciem soluções para a grave questão existente nas instituições de saúde, ou seja, para a massificação do atendimento ao ser humano. Apesar de várias iniciativas postas em prática, elas não têm sido suficientes. Há um descontrolado aumento de tempo de espera nas filas, há falta de medicamentos e, especialmente, um estrangulamento das oportunidades de acesso para todos.

Segundo Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2004, p. 99),

O processo de humanização nas instituições hospitalares pressupõe, em primeiro lugar, a compreensão do significado da vida do ser humano, o que não é uma tarefa fácil, pois envolve muitos fatores, além de princípios éticos, aspectos culturais, econômicos, sociais e educacionais.

O grande desafio dos profissionais da saúde é cuidar do ser humano na sua totalidade, exercendo uma ação preferencial em relação à sua dor e seu sofrimento, nas dimensões física, psíquica, social e espiritual, com competências técnico-científica e humana.

É assim que Bettinelli, Waskievicz e Erdmann (2004, p. 91) referem-se a esses aspectos:

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano, torna-se um radar de alta sensibilidade, humaniza-se no processo e, para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Esta sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos, um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros.

Humanizar é dar qualidade à relação profissional.

É acolher as angústias do ser humano diante da fragilidade de corpo, mente e espírito. Destaca-se nesse contexto a presença solidária do profissional com habilidades humana e científica. Diante de um cotidiano desafiador pela indiferença crescente, a solidariedade e o atendimento digno com calor humano são imprescindíveis. [...] Não podemos esquecer que em toda relação profissional, construída com confiança, estamos sempre diante de um

encontro de uma competência com uma consciência, o que exige conseqüentemente responsabilidade ética (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p. 4).

Para o MS, humanização é o processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais dos atores sociais – usuários e profissionais – envolvidos nas práticas de saúde, melhorando as condições de trabalho e a qualidade do atendimento (BRASIL, 2000).

A aposta maior era que esse programa fosse efetivamente implantado nas instituições de saúde e não permanecesse apenas como proposta política.

Normalmente, o que se percebe é que os hospitais estão organizados para atender os interesses do ponto de vista da organização, isto é, dos interesses dominantes; as necessidades dos usuários e trabalhadores muitas vezes não são consideradas, mascarando, assim, os reais objetivos dessas instituições.

A humanização das instituições de saúde passa pela humanização da sociedade como um todo. Não podemos esquecer que uma sociedade violenta e excludente interfere no contexto das instituições de saúde. Estas são um espelho fiel e cruel do que de mais nobre, heróico e fantástico a sociedade produz, bem como do que nela existe de mais degradante e aviltante em relação ao ser humano (PESSINI; BERTACHINI, 2004, p. 2)

Em geral, ao invés de tratar o usuário que passa por desequilíbrio em seu processo de saúde/doença, o especialista tende a tratar a patologia que é da sua especial competência (atenção ao corpo, ao órgão “doente”). O hospital tende a acompanhar essa maneira de praticar a medicina. Os usuários são identificados por patologia e número do leito, seus nomes ficam em desuso. Em nome de uma medicina mais científica e eficiente, o corpo e o saber sobre o corpo são fragmentados e o usuário, despersonalizado. Quando se trata de um hospital-escola, o usuário, além de reduzido a uma patologia a ser tratada, corre o risco de ser manuseado sem o mínimo respeito pelos seus sentimentos, nem mesmo pelo seu pudor; muitas vezes, é um mero objeto de estudo. Esse tratamento, em termos de sofrimento, tem um custo humano muito alto e é questionável do ponto de vista da ética.

Para Martin (2004, p. 39)

O primeiro passo é deixar de pensar e falar do doente como se fosse um mero objeto de cuidados terapêuticos, um número sem nome. A humanização do hospital começa com o conceito de saúde como bem-estar do indivíduo, da pessoa doente, que é promovido em todas as dimensões: física, mental, social e espiritual. Para que isso dê certo, o empreendimento tem que ser de equipe, envolvendo muitas pessoas, profissionais e

voluntárias, todas comprometidas com a dignidade do ser humano e com a promoção do seu bem-estar integral.

No contexto da humanização do hospital, a prática não se aplica somente às relações interpessoais dos trabalhadores com os usuários e dos trabalhadores entre si, mas também, ao meio ambiente. Um exemplo é o esforço pra evitar elevados índices de barulho dentro do hospital e ao seu redor. O excesso de ruído prejudica o usuário e requer intervenção. As queixas da clientela revelam falhas, tais como: portas que não fecham, luzes que não acendem, chuveiros estragados, campainhas mudas ou fora de mão, cortinas defeituosas, lavabos obstruídos, obras intermináveis, carrinhos sem abafadores de ruído, não saber a diferença entre o dia e a noite. Na mesma linha, situa-se a proibição ao fumo (cigarro, cachimbo, charuto), pois interfere na saúde de todos pela modificação da qualidade do ar, que fica mais pobre em oxigênio e carregado de poluentes. O princípio da humanização exige que tudo que incomoda, dói ou despersonaliza o usuário seja evitado (LEPARGNEUR, 2004).

Um dos desafios da humanização hospitalar é o resgate de uma mentalidade humanizadora. Esta não depende de investimento financeiro, mas sim, de uma decisão por parte dos profissionais de voltar às raízes da sua profissão, quando o cuidado solidário ao doente era um grande valor e o alívio de sofrimento era até mais importante que a cura, o que, nem sempre acontece, como refere Lepargneur (2004, p. 58; 68):

A alta tecnicidade de alguns centros hospitalares é necessária e segura. O sorriso da enfermeira, entretanto, e sua delicadeza são outros fatores de humanização. Sobrecarregadas, cansadas, absorvidas pela técnica ou pela administração, amiúde carecem do tempo ou da força para o sorriso. A humanização do hospital não pode dispensar a humanidade do pessoal de base. [...] No hospital, lugar de esperança e de vontade, tanto quanto de trabalho e de sofrimento, estão em jogo o corpo da vida e o espírito da vida. Mais do que nunca, o hospital atual deve constituir o anel que reconstitui o ser humano na sua integridade vacilante. [...] Uma ética de cuidados cidadãos exige o esforço de uma difícil reconstrução dos comportamentos, como dos valores e das necessidades: verdadeira revelação tanto dos princípios, quanto das práticas.

A humanização do atendimento envolve observar todos os aspectos ligados ao adoecer: o respeito aos temores, crenças e fragilidades dos usuários e de seus familiares, além, da ética na adoção das atividades técnico-científicas; o aumento da integração da equipe técnica com os usuários; a promoção da diminuição da angústia e da tensão, uma das chaves mestras para se mudar a impressão prevalecente da população sobre os hospitais, fazendo com

que eles passem a ser entendidos como um ambiente que tenta fornecer cuidados humanizados para a manutenção da saúde.

Diante desse cenário de cuidado hospitalar, urge a questão: como fazer uma mudança no modo de cuidado no setor hospitalar sem alterar o modo de cuidado oferecido na rede básica? É vital então repensar o Sistema.

Um programa, como já discutido, é localizado numa certa dimensão. A prática do cuidado posta em um programa é focal (atenção, estabelecimento).

Assim é importante refletir sobre a seguinte questão: o que significa pensar em humanização não mais como programa e sim como política?

Convido-os a continuarem comigo!

2.1.2 Política Nacional de Humanização

Resgatando a discussão anterior, vale lembrar que devido à necessidade de modificação no modo como o cuidado em saúde é ofertado aos usuários dos serviços de saúde, o Ministério da Saúde implantou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH (BRASIL, 2001). Esse programa teve por objetivo programar iniciativas para interpor a cultura da humanização na área hospitalar, através de ações que visavam qualificar o contato humano entre profissionais da saúde e usuários, entre os trabalhadores de saúde e a própria organização de saúde, assim como, entre os trabalhadores e comunidade como um todo. Dessa forma, pode-se garantir a execução dos pressupostos do Sistema Único de Saúde (SUS) através da modernização das “relações de trabalho no âmbito dos hospitais públicos, tornando as instituições mais harmônicas e solidárias, de modo a recuperar a imagem pública dessas instituições junto à comunidade” (BRASIL, 2001, p. 7).

Posteriormente, foi instituída a Política Nacional de Humanização (PNH), construída a partir de um amplo debate entre os diversos órgãos do Ministério da Saúde (MS) e representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. A PNH é um conjunto de diretrizes e propostas no campo da humanização na atenção e na gestão da saúde (BRASIL, 2003), objetivando estabelecer uma nova relação entre as instituições, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde, ou seja, uma tecnologia que visa à qualidade dos serviços de saúde. A Política Nacional de Humanização (PNH) foi concebida para atuar de maneira transversal ao conjunto de práticas de atenções e gestão da saúde sob a coordenação da Secretaria Executiva, pertencendo às demais áreas do Ministério da Saúde o papel de

garantir a atuação integrada e integradora em relação ao SUS (BRASIL, 2004).

A Política Nacional de Humanização, que vem sendo buscada pelo Ministério da Saúde, tem se mostrado um mecanismo importante para contribuir com a reversão do modelo assistencial de saúde vigente. Esta é centrada na valorização da relação trabalhador-usuário, bem como, dos gestores em saúde. Tal política pressupõe a necessidade de valorização das subjetividades dos sujeitos envolvidos no processo de trabalho em saúde.

A humanização, na prática, requer as seguintes ações (BRASIL, 2003):

- redução das filas e do tempo de espera, e atendimento acolhedor;
- todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde;
- valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores;
- aumento do grau de co-responsabilidade de saúde;
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- identificação das necessidades sociais de saúde;
- mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde;
- compromisso com a ambiência: melhoria das condições de trabalho e de atendimento;
- a troca e a construção de saberes;
- trabalho em rede com equipes multiprofissionais;
- pacto entre os diferentes níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal), para construção de redes solidárias, participativas e interativas, comprometidas com a produção de saúde e efetiva implantação das políticas públicas de saúde;
- fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e grupalidade;
- compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.

Por sua vez, as Diretrizes gerais para a implantação da PNH visam a (BRASIL, 2003):

- ampliar o diálogo entre os profissionais, entre profissionais e população e

entre profissionais e administração, promovendo a gestão participativa;

- implantar, estimular e fortalecer Grupos de Trabalho de Humanização, com plano de trabalho definido;
- sensibilizar as equipes de saúde para o problema da violência intrafamiliar (criança, mulher e idoso) e a questão dos preconceitos (sexual, racial, religioso e outros) na hora da recepção e dos encaminhamentos;
- adequar os serviços ao ambiente e à cultura local, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável;
- implementar um sistema de comunicação e informação que promova o autodesenvolvimento e amplie o compromisso social dos trabalhadores de saúde;
- promover ações de incentivo e valorização da jornada integral, do trabalho em equipe e da participação em processos de educação permanente que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS.

Para a implantação de uma PNH, efetivamente transversal às demais ações e políticas da saúde, é necessário combinar a atuação descentralizada dos diversos atores que constituem o SUS, com a articulação e coordenação necessárias à construção de sinergia e acúmulo de experiências que deverão consolidar a humanização como uma estratégia comum e disseminada por toda a rede de ação do Ministério da Saúde.

De acordo com a PNH, o processo de humanização na assistência à saúde “inclui desde a adequação da estrutura física e equipamentos dos hospitais, até uma mudança de postura e atitude dos profissionais de saúde e da clientela” (BRASIL, 2003, p.1). Assim, as relações que se estabelecem entre trabalhadores e usuários influenciam diretamente na terapêutica e cuidado realizados.

A PNH centraliza-se no movimento de mudanças no modelo de atenção e gestão à saúde e aponta como princípios a indissociabilidade entre clínica e política, entre atenção e gestão nos processos de trabalho em saúde nos diversos setores, e a transversalidade. Para Passos (2006), a transversalidade possibilita ampliar a abertura comunicacional intra e intergrupos.

A PNH propõe que se ultrapasse o acesso à saúde nas práticas profissionais, norteadas pela dimensão ético-política, com ênfase no conhecimento técnico-científico, na subjetividade dos envolvidos. Ver o sujeito em sua totalidade, não como um corpo ou a fragmentação deste.

Esta Política destaca aspectos subjetivos do cuidado em saúde, pois não aparta

atenção e gestão. A PNH invoca a escuta, o olhar, o diálogo, o acolhimento entre os envolvidos no processo de promoção e produção da saúde, pois, a singularidade de cada trabalhador, gestor e usuário irão constituir o coletivo. Sendo assim, a PNH possibilita alterar o modo tradicional presente nas relações de trabalho em saúde, em virtude de primar pela transversalidade com as diversas áreas, programas ou políticas.

Prioriza também, a indissociabilidade da gestão e da atenção do SUS. Para a PNH, a humanização na atenção à saúde nasce e solidifica-se com novas práticas e atitudes, novos compromissos éticos e políticos construídos na coletividade (BRASIL, 2004). Pode-se dizer, então, que a PNH é a política da inclusão em virtude de que todos estão envolvidos, sendo protagonistas no processo de promoção e produção da saúde.

A leitura da PNH e a compreensão de suas diretrizes e objetivos, permito-me afirmar que a humanização no cuidado em saúde somente se realiza na prática concreta dos sujeitos envolvidos. Intensificar esse movimento (praticar a PNH) no trabalho vivo em saúde, fazendo uso das ferramentas metodológicas e a incorporação de suas diretrizes, é propor o “reencantamento” do concreto. Revisitar as práticas cotidianas em que se operam as mais diversas formas de produzir saúde é HumanizaSUS.

O HumanizaSUS é a experiência concreta de um SUS que dá certo, de um SUS construído no coletivo, por práticas coletivas.

Propor e fazer humanização é mudar também o modelo das práticas de gestão, é um movimento contrário à “naturalização da dominação”. (CAMPOS, 2007, p. 26). Mudar as práticas de saúde envolve também mudanças nas redes de saúde (redes de trabalho, redes de equipamentos, redes sociais). Pensar as redes em saúde exige também a capacidade de problematização da política.

Segundo Albuquerque (2002, p. 49), “a incorporação de novas tecnologias, portanto, deve ser considerada nas ações humanas, tendo em vista que, dessas complexas relações sociais, estarão presentes, também, as dimensões não-deterministas, as escolhas dos indivíduos”. Seria utópico almejar a humanização do cuidado em saúde ao usuário nesse contexto, sem que tivéssemos diversas ações programáticas a serem desenvolvidas visando melhorar as relações e condições de trabalho dos profissionais da saúde. Para tanto, primeiramente, o trabalhador precisa ser considerado em sua subjetividade. Este é um dos protagonistas do processo de trabalho em saúde, e necessita ser percebido e aceito como sujeito portador de valores, crenças, cultura, auto-estima, desejos, emoções e sentimentos, assim como o usuário dos serviços de saúde. Dessa forma, qualquer ação para empreender a PNH deve ter de considerar esses dois atores em todo o processo.

Na sequência discutirei com maior profundidade o tema humanização.

2.2 HUMANIZAÇÃO NO CUIDADO EM SAÚDE

Ayres (2004, p.17) chama a atenção para a humanização quando reforça que “humanizar é abrir-se ao outro e acolher solidária e legitimamente a diversidade [...]”. Para Minayo (2004, p.17), o ato de humanizar necessita “articular qualidade técnica dos atendimentos aos usuários com a qualidade das relações”. Subtende-se, então, ser necessário mudar o modelo de atenção à saúde e o processo de trabalho em saúde.

A humanização, enquanto política pública, supõe a construção de espaços em que seja possível a troca de saberes, novos modos de trabalhar, o reconhecimento das necessidades e dos interesses dos envolvidos (BENEVIDES e PASSOS, 2005b). Humanização na saúde requer alterar os modelos de atenção para possibilitar a inclusão de práticas humanizadas. O trabalho humanizado produz novas práticas de saúde.

Os trabalhadores da saúde necessitam repensar seu modo de cuidar investindo nas tecnologias relacionais. Corroboro com Boaretto (2004, p.22) quando ele afirma que

A equipe tem papel importante e deve saber lidar com as emoções, adquirir sensibilidade e capacidade de escuta, incorporando a dimensão subjetiva e social do paciente, tomando em conta sua percepção sobre a doença e sua experiência de vida, ajudando a reduzir medos e ansiedades e dando o suporte emocional necessário, um instrumento terapêutico valioso.

A transformação do cenário real, para operar mudanças significativas, requer sensibilidade e boa vontade. Imprescindível, então, conhecer o ser humano em determinado contexto relacional, pois este é permeado de múltiplas determinações que influenciam e sofrem influências.

O homem traz consigo heranças relacionais vinculadas ao seu contexto social, não sendo possível a redução de sua singularidade. Transpor a submissão gerada pelo trabalho/cuidado ao homem em seu processo de viver pode ser considerado ato humanizado. Tal mudança exige que o pensamento perpassasse o instituído e encontre o novo, as possibilidades existentes. Estas, certamente, são ampliadas com a participação e intervenção de todos. Essa compreensão parece apontar para o fato de que humanizar é mudar o instituído, fomentando a autonomia e a cristalização do protagonismo dos sujeitos envolvidos no

processo de cuidar e ser cuidado.

Importante, então, levantar alguns questionamentos que considero relevante frente à discussão atual acerca da humanização no cuidado em saúde.

Nesses termos, o que significa, então, a humanização do cuidado em saúde? Se o cuidado, na sua essência, é humano, necessita então ser (re) humanizado? Os programas e/ou políticas de humanização seriam capazes de humanizar o “ser humano”? Como conciliar o respeito à diferença, à preservação da autonomia do sujeito, neste cenário de assistência em saúde, permeado de contradições? Neste mundo massificado, cujo diálogo parece ser pouco valorizado, é possível eliminar as diferenças e preservar a identidade?

A temática da humanização, todavia, não se esgota na dimensão do cuidado, mesmo que aqui se pretenda traçar um olhar crítico sobre sua amplitude. Cada vez que aprofundamos nossa análise sobre as interfaces da humanização e do trabalho em saúde, mais transparente fica a idéia de que são necessárias alterações no mundo do trabalho e no modo de produzir saúde, na perspectiva de um rompimento com a prática desumanizada, que hoje reina em nossos EAH. O trabalho não-humanizado seria a negação dos envolvidos em suas diferenças, em sua pluralidade.

Deslandes (2004) afirma que o conceito de humanização deve estar atrelado às diretrizes do trabalho em saúde e envolver os trabalhadores, gestores e usuários. A humanização não pode estar vinculada apenas à qualidade do cuidado prestado, devendo reconhecer a subjetividade do trabalhador criando possibilidades para a expressão das potencialidades dele, o que é reforçado por Ayres (2004), Minayo (2004), Benevides e Passos (2005) e Campos (2004).

Campos (2004), ao debater o artigo publicado por Deslandes (2004), reforça que, na humanização dos serviços de saúde, é necessário atentar para três fatores importantes: a humanização como antagônica à violência, a articulação da humanização com os avanços tecnológicos para um cuidado de qualidade e condições de trabalho humanizadas para o trabalhador da saúde.

Se ainda não é possível identificar com precisão o conceito de humanização, os artigos produzidos, de forma mais intensa na última década, têm em comum a reflexão sobre a “Humanização do Cuidado em Saúde”, demonstrando a força propulsora, dinamizadora e revolucionária do cuidado no processo de saúde, mesmo que carregado de vieses e contradições. (DESLANDES, 2004; AYRES, 2004; MINAYO, 2004).

O Ministério da Saúde, no Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS, mais especificamente no glossário, define humanização/Política Nacional de Humanização

nos seguintes termos:

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e co-responsáveis; estética porque relativa ao processo de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS. O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS assenta-se nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade entre eles, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004, p. 5).

Humanizar o cuidado em saúde é valorizar a autonomia dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde e vida é usar a razão e ter como ferramenta terapêutica as relações. Humanização do cuidado em saúde é um processo complexo, pois envolve a necessidade de compreender todo o contexto do outro, ou seja, sua cultura, seus valores, a organização dos serviços de saúde, as políticas entre outros. Humanizar é fazer uso de todos os mecanismos existentes para garantir a saúde.

A humanização pode também ser compreendida como a democratização das relações entre os trabalhadores, gestores e usuários, como um modelo de produção do cuidado mais resolutivo, centrado na comunicação, na troca de informações e saberes, no diálogo, na escuta, na partilha das decisões centradas nos trabalhadores, gestores e usuários. Humanizar busca um processo de subjetivação para produzir cuidados em saúde combatendo a despersonalização do cuidado. A humanização depende, portanto, do aperfeiçoamento do sistema de gestão compartilhada e das relações cotidianas, de mudanças nas estruturas das organizações e mudanças comportamentais dos envolvidos no processo de produção de saúde e de cuidado.

Para Faiman et al (2003, p.250), a humanização é um “processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza aspectos subjetivos, históricos e culturais dos profissionais e pacientes para melhorar as condições de trabalho e a qualidade do atendimento”.

A humanização impõe o enfrentamento de dois desafios, o desafio conceitual e o desafio metodológico. Para tanto, será necessário redefinir o conceito a partir do reencantamento do concreto, a fim de que a humanização possa ser percebida como estratégia de intervenção nas práticas locais mobilizadoras, transformando realidades, primeiramente transformando a si (sujeito envolvido), no nosso caso, o trabalhador e o usuário. Humanizar sugere, então, alterações no modo de fazer, de trabalhar e produzir saúde. Humanizar exige

sintonia com o modo de fazer e o como deve-se fazer. Necessita da inseparabilidade da produção dos processos e mudanças dos sujeitos envolvidos com a produção da saúde (BENEVIDES, PASSOS, 2005).

Portanto, humanizar é um verbo que precisa ser conjugado cotidianamente e continuamente. Tornam-se vitais as habilidades humanas de cuidado mútuo para que o gestor e o trabalhador da saúde incorporem em sua prática diária, em suas ações de cuidado, o ato de humanizar, tornando-se conscientes de sua importância no processo de produção do trabalho em saúde.

Urge então a necessidade de estabelecer-se uma nova relação entre trabalhador de saúde, gestores e usuários, para que o ambiente hospitalar seja mais acolhedor, propiciando a criação de vínculos e a resolutividade. Nesse sentido, com a participação dos trabalhadores e com os cuidados direcionados a eles, teremos a possibilidade da realização de serviços em saúde de forma integral e de qualidade para todos.

Entendemos a humanização não como um discurso, e sim um ato, o ato de humanizar. Humanizar é fazer boas ações, demonstrar ternura e respeito, sentir o outro. É ver o outro como um ser humano, um ser total: corpo, mente, emoção e espírito (NASCIMENTO; MARTINS, 2003, p. 17).

O termo humanização é de tal amplitude que remete à necessidade de ser discutido e incorporado em nossas práticas cotidianas. Sabemos que é tarefa difícil, no entanto, o que seria do ser humano se sua história não fosse permeada de desafios, de obstáculos?

Humanizar é propiciar mecanismos de construção solidária, nos quais os sujeitos protagonistas, articulando-se com as condições objetivas no campo social, político e econômico, possam construir alianças de relações humanas concretas, requerendo, para tais, uma visão crítica e construtiva da realidade em que estão inseridos.

Humanizar é realizar ações que permitam um compartilhar entre usuário e trabalhadores da saúde. Desse modo, humanizar favorece a interação e a criação de vínculos. Isso é reforçado pelo Ministério da Saúde ao registrar que,

O contato direto com seres humanos coloca o profissional diante de sua própria vida, saúde ou doença, dos próprios conflitos ou prestações. Se ele não tomar contato com seus fenômenos, correrá o risco de desenvolver mecanismos rígidos de defesa, que podem prejudicá-lo tanto no âmbito profissional quanto no pessoal. O médico e os outros profissionais da saúde submetem-se, em sua atividade, a tensões provenientes de várias fontes: contato freqüente com a dor e o sofrimento, com pacientes terminais, receio de cometer erros, contato com pacientes difíceis. Assim, cuidar de quem cuida é condição *sine qua non* para o desenvolvimento de projetos e ações em prol da humanização da assistência (BRASIL, 2000, p. 2).

Deslandes (2004, p. 9) enfatiza que “resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação dos sujeitos em sua humanidade”. Sendo assim, a humanização é uma oposição à violência, seja física, psicológica ou moral. A violência pode se manifestar nos maus tratos ou num simples olhar de reprovação, e/ou simbólica, quando é manifestada pela dor de não ter a compreensão de suas demandas e expectativas.

Na busca de tal resgate, as gestões dos EAH e demais setores da saúde devem trabalhar “com uma ética profundamente compromissada na defesa da vida, devolvendo-lhe seu caráter político, do “entre-dois”, daquilo que só pode ser produzido em contato com o outro, seja este usuário ou trabalhador”, produzindo novos territórios existenciais (CAMPOS, 2004, p. 25).

Quando não reconhecemos o sujeito em sua dignidade, quando o cuidamos funcionalmente, negamos a humanização, pois reduzimos o cuidado à tecnificação. Assim, como princípio ético da alteridade para humanizar, temos que reconhecer o “Outro em sua irreduzível diferença” (LEVINAS, 1993).

O ato de cuidar integra diferentes sujeitos nas relações, no entanto, é necessário respeitar as diferenças, respeitar a identidade e a singularidade deles. Cuidar, “[...] implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa a objetificação dos sujeitos e talvez uma afirmação ao diálogo” (MATTOS, 2001, p. 61). Personalizar o cuidado em saúde, concebendo este como diferente para cada ser, respeitando a unicidade de cada pessoa, é humanização.

A intencionalidade reflete-se na possibilidade de relacionar-me com o ser humano subjetivamente. Porém, quando as relações entre trabalhador e usuário são impregnadas de objetividade, impedimos a expressão da subjetividade. Vale destacar que as relações estabelecidas ou em vias de, entre trabalhador da saúde e usuário, são permeadas por outras relações (redes). São impregnadas de valores, crenças, diferenças, emoções, sentimentos. Cada ser também possui sua identidade, seu modo de cuidar e ser cuidado. Em virtude de esses fatores fazerem-se presentes no ato de cuidar em saúde, podemos detectar nas relações pontos de convergência ou divergência. A valorização das diferenças é a abertura para a relação de alteridade, ou seja,

[...] vê o Outro, um diferente, o que o faz rever suas concepções, seus valores, enfim, sua prática. É o reconhecimento da diferença entre ele e o outro, e esta dimensão da relação é importante passo na sensibilização para o desenvolvimento de um projeto de trabalho no eixo da defesa da vida e da

cidadania (AYRES, 2001, p.89).

A humanização do trabalhador e do usuário sinaliza a relação dialógica, pois nessa relação preservam-se a individualidade, a identidade, as diferenças. Mantém-se “[...] a interação dialógica com o Outro – paciente, população, demais profissionais da equipe – como forma de construção da humanização das práticas assistenciais” (AYRES, 2004, p.15).

A centralidade do sujeito na relação dialógica não significa sujeição do trabalhador ao usuário ou vice-versa. No diálogo, as relações são simétricas, não há domínio dos envolvidos.

A verdadeira relação de alteridade ocorre quando “o Mesmo e o Outro deixaram de excluir-se, para incluir-se mutuamente” através do diálogo que os transforma e sempre deixa algo do Outro (COLLOT, 2006, p.30).

No entanto, no cuidado em saúde, o usuário está, muitas vezes, na condição de assujeitado¹³ (DESLANDES, 2004b, p. 28), cuja identidade é negada. Para romper com esse *assujeitamento*, faz-se necessário que resgatemos e valorizemos a narrativa desse indivíduo. Assim, poderemos contribuir para este se torne sujeito próprio e, assim, interaja no processo de construção da dialogicidade, que deve permear as relações entre trabalhadores e usuários. Na relação dialógica, segundo Vieira e Freire (2006, p. 427),

embora o Outro fale-me de uma altura infinita, posso manter com ele uma relação de proximidade, mas que é uma relação assimétrica e de não-reciprocidade. Esta proximidade pode ser descrita a partir da minha responsabilidade intransponível em relação a outrem, pois, na proximidade, a minha diferença com relação ao Outro se transforma em não-indiferença pelo outro.

Para Levinas, de acordo com Vieira e Freire (2006), a proximidade é estar constantemente em contato com a alteridade do sujeito, sem ignorá-lo. Nessa relação de proximidade, é possível a criação de vínculo entre o trabalhador e o usuário. “A ação comunicativa construir-se-á no e pelo encontro intersubjetivo mediado pela linguagem” (DESLANDES, 2004, p. 27), assim, construiremos os vínculos necessários para o cuidado em saúde. Uma possibilidade para a criação do vínculo seria, então, o acolhimento.

¹³ Segundo DESLANDES (2004, p. 28), “não se trata meramente de dar/permitir espaço de expressão deste paciente. Não se trata do binômio comunicação-expressão. Falamos de uma condição de assujeitamento, de uma identidade negada a quem historicamente tem sido objetificado pela racionalidade instrumental de biomedicina. Penso que estas lacunas sejam concretas e impeditivas de compartilhamento dialógico”.

De acordo com a PNH (BRASIL, 2004, p. 9), acolhimento significa

recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário.

O acolhimento é condição fundamental para o diálogo, para o encontro entre trabalhador e usuário. Acolher significa tentar compreender o que estes nos dizem, que se traduz em saber ouvir. O ouvir favorece o diálogo, principalmente se a alteridade for considerada, resguardada. Entretanto, a diferença é contorno da alteridade. É necessário haver, no cuidado em saúde, em especial, no acolhimento, a conjugação da identidade e da diferença. “[...] o outro é alguém essencial em nossa existência, no nosso próprio agir. Ele se torna alguém necessário, alguém imprescindível para a própria compreensão de mim mesmo” (GUARESCHI, 2003, p. 160-161).

“No acolhimento, o outro é referido na sua alteridade, o eu o acolhe no seu em-si. A consciência não compreende o infinito, porém, o afirma, acolhendo-o” (VIEIRA; FREIRE, 2006, p. 427). Para Levinas (1980), acolher o Outro deve transcender a sociologia, a psicologia, a fisiologia. Essas ciências, na visão do autor, são surdas à exterioridade. Acolher implica escuta, “[...] a escuta de uma singularidade trazida pelo cliente é uma diferença que não pode ser violentada por qualquer saber anterior à relação terapêutica” (VIEIRA; FREIRE, 2006, p. 429).

Para a construção de práticas em saúde humanizantes e humanizadoras, é preciso que o diálogo não seja massificado, assim como as trocas de experiências e a aceitação do ser humano como singular, como ser de desejos, sejam valorizadas. A negação do usuário poderá limitar as possibilidades de diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, mecanismos considerados importantes para o cuidado humanizado e o viver digno e ético.

O acolhimento seria o resgate da missão dos serviços de saúde, a valorização da vida, a valorização das relações no ato de encontro do cuidado em saúde, a mudança no modo como a assistência em saúde é oferecida ao usuário e ao trabalhador. A base para essas mudanças, poderá dar-se através da alteração das relações entre trabalhador e usuário, utilizando-se o diálogo.

Nas áreas de alta complexidade, no modelo atual de cuidado em saúde, o usuário, geralmente, é negado em sua alteridade e afirmado em sua diferença. Assim, o que dá sentido ao ser no mundo é a impessoalidade. Para superar essa realidade, é necessário “ser-para-o-

outro”, momento este considerado por Levinas como ético e de respeito à alteridade (LEVINAS, 1988; 1993). Ser-para-o-outro é a própria condição de constituição da subjetividade. Nessa relação de aproximação entre o trabalhador e o usuário, nasce o espaço subjetivo. Assim, o trabalhador se posiciona a serviço do usuário, através da relação de proximidade, que neste caso, é permeada pelo ato do cuidado/trabalho em saúde.

Diante do usuário, no encontro, no ato do cuidado em saúde, a atitude humana esperada é dizer: “Estou aqui!” ou “Eis-me aqui!” A disposição para cuidar de Outrem antecede o diálogo. O cuidado em saúde inicia-se com o encontro, momento este em que trabalhador e usuário expressam suas diferenças e necessidades (diferentes para cada sujeito). Nesse encontro, concretizado pela relação dialógica entre trabalhador e usuário, o acolhimento é produzido. Então, podemos supor que o acolhimento acontece no espaço interseção do trabalho/cuidado em saúde.

Por espaço interseção, consideramos “como o lugar de vozes e de escutas, isto é, como o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e serem escutados em suas necessidades-demandas” (MERHY, 1997, p. 135). O espaço em que ocorre a relação dialógica entre o trabalhador e usuário, no processo de trabalho em saúde, deve considerar o desenvolvimento de cada um com respeito às individualidades, às crenças e à cultura.

Nascimento (2003, p. 46) diz que o espaço de interseção

é acolhedor e assistencial, entre trabalhador e usuário, quando se abre para um processo de escutas dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisão que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários.

Subentende-se que é o lugar de encontro dos sujeitos que querem ser escutados, que querem partilhar suas necessidades.

Sendo assim,

o trabalho em saúde não se configura como uma prática técnica, mas sim como uma prática de relações entre homens, que também se constituem em suas relações com outros homens e com o mundo, produzindo-se e reproduzindo-se a si e ao meio (MATUMOTO; MISHINA; FORTUNA, 2002, p. 3).

Finalizando este capítulo é pertinente trazer para reflexão o modo como a saúde é concebida nas práticas atuais. Na saúde, o problema é com a doença e o cuidado faz-se com a

reversão dos sintomas. Não há como falar de cuidado sem o gerir. Portanto, uma possibilidade posta é a ampliação da clínica, resignificando o instituído através de novas intervenções sem a inseparabilidade entre o fazer e o conhecimento, pois conhecer é ampliar. Incluir outros nesse processo é produzir subjetividades que produzam sujeitos. Produzir sujeitos é humanização, desde que garantamos a posição de diferenças, colocando ao lado (na roda) posições que são diferentes.

Para compreender melhor todo o processo de produção de saúde na atualidade, no subcapítulo seguinte, abordarei o processo de trabalho em saúde.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Em qualquer processo de construção, de algo material ou não, o ponto de partida é o contexto em que vive o ser humano que utiliza este conhecimento. Não se pode perder de vista que tudo o que nos circunda é quase sempre parcial e provisório e que cada passo na busca por transformações, por conhecimentos, é sempre um recomeço. Pode ser que um novo modo de trabalhar, ou melhor, uma nova ordem na assistência hospitalar nas áreas de alta complexidade, que centralize seu atendimento/cuidado ao humano, considerando o social, o cultural, o emocional, a política e a ética, seja a trajetória a ser perseguida ou percorrida. Porém, requer que nessa nova centralidade o trabalhador e o usuário, e as interações entre eles, tornem-se o norte do trabalho em saúde, em virtude da importância do trabalho no viver humano.

O trabalho em saúde tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho, que se devem à Escola Taylorista, a teoria da organização científica. Em virtude da crise do modelo tradicional, cuja organização do trabalho em saúde centra-se no modelo biomédico, na especialização e com importante fragmentação das práticas, tem-se questionado essa organização dos serviços de saúde. De acordo com Pires (1999), a maioria da população brasileira é atendida na rede pública, sendo assistida por trabalhadores mal remunerados, muitas vezes desinteressados, prestando um cuidado de pouca qualidade.

No Brasil, apesar dos avanços em termos de arcabouço legal, na direção da universalização da assistência à saúde, verifica-se, na prática, o predomínio de empresas privadas na prestação dos serviços de saúde, tendendo a impedir a consolidação dos princípios

constitucionais.

O trabalho é considerado a atividade humana mais importante. Nele, o produto do trabalho é registrado também como uma atitude pessoal. Quando o trabalho não gera benefícios ao trabalhador ou ao usuário deste, torna-se uma atividade insatisfatória. Portanto, é fundamental proporcionar ao ser humano satisfação na sua atividade fundamental – o trabalho – pois o ser humano

é um ser natural, surge em uma natureza dada, submete-se às leis naturais e depende da natureza mas não se confunde com ela, pois usa a natureza transformando-a conscientemente segundo suas necessidades, e, nesse processo, faz-se humano e passa a construir a sua história, faz-se histórico (CAPELLA, 1996, p. 31).

Para Capella (1996), na construção social deste Ser, ele deve ter espaço, ser reconhecido e aceito pela sua singularidade, particularidade, individualidade. Sabe-se, no entanto, que este Ser sofre influências das condições em que vive, com repercussão no seu desenvolvimento e, conseqüentemente, no seu trabalho. Vietta (1986, p. 137) refere que "o todo do indivíduo reflete-se em cada aspecto do ser, na saúde e na doença, e todos os aspectos da vida estão estritamente ligados à sua história e às estruturas sociais." Portanto, é quase impossível, a meu ver, prestar o cuidado em saúde sem conhecer ou respeitar o contexto sociocultural do trabalhador e do usuário.

Neste trabalho, compreendo como ser humano todo trabalhador da saúde que atua em áreas de alta complexidade hospitalar e o usuário desses serviços. Eles fazem parte do processo de trabalho em saúde, sendo quase impossível não envolvê-los.

Infelizmente, em nossa sociedade, o ser humano desenvolve algumas idéias distorcidas do que vem a ser o trabalho, tais como: trabalho como luta e escravismo, obrigação e não-prazer, necessidade maçante, fardo árduo de carregar, labor que ocupa seu tempo. O trabalho visto como obrigação é resultado de uma imposição histórica e cultural. Ao trabalhador cabe responder ao "dever" para o qual o empregador paga-lhe, pela sua força de trabalho. O processo é uma troca, uma mercadoria: um compra e o outro vende. Entretanto, esse vender é assimétrico, vale sempre a ótica de quem compra, ou seja, o fio condutor da expropriação do trabalho. Em contrapartida, o usuário dos serviços de saúde é o receptor desse trabalho, muitas vezes, não sendo considerado em sua subjetividade (MARTINS, 2000).

O ato do trabalhador no processo de trabalho em saúde, nessas condições, não leva em conta os aspectos subjetivos dos profissionais, quer dizer, está em pauta, apenas, o ato de produzir, de transformar objetos em produto, não o de transformação do trabalhador e do

usuário, juntamente com o objeto. Significa dizer que o trabalho deve proporcionar aos trabalhadores e aos usuários os reais de satisfação objetiva e subjetiva.

Capella (1996, p. 163) concebe que "[...] o trabalho não mais se reduz à atividade de produção material, para responder a reprodução fisiobiológica (mundo da necessidade), mas envolve as dimensões sociais, culturais, artísticas, de lazer... (mundo da liberdade)". Assim, o trabalho deve ser concebido como algo pertencente à intimidade desse ser humano, não se dissolvendo ao ponto de impedir o crescimento dele.

Ao trabalhar, executamos várias atividades e estas, em conjunto, originam o Processo de Trabalho, que "é a atividade humana dirigida a um fim, por meio do qual os homens atuam sobre a natureza externa e a modificam para que ela possa responder às suas necessidades, e ao mesmo tempo em que modificam sua própria natureza" (CAPELLA, 1996, p. 164).

Para Capella, (1996, p. 168), o Processo de Trabalho na saúde é exercido, na sua maioria, por diversas categorias profissionais, quer dizer, é um processo coletivo, e ocorre por

um processo de trabalho complementar e interdependente do processo de trabalho em saúde. Uma vez que a enfermagem é exercida por diversas categorias profissionais, é também esse processo coletivo, e ocorre por distribuição de partes dele entre seus diversos agentes. Nessa divisão do trabalho, as ações são hierarquizadas por complexidade de concepção e execução, o que exige habilidades diferentes para o manejo dos diversos instrumentos e métodos.

Para a execução do processo de trabalho, o ser humano deve estar intimamente relacionado com esse processo, pois do produto dessa relação resulta uma atividade que pode favorecer seu crescimento e a interação. Caso contrário, as marcas do "desprazer" durante o processo perduram, gerando insatisfação tanto no trabalhador como no usuário dos serviços de saúde.

É considerável o número de trabalhadores da saúde que desempenham suas funções nos EAS hospitalar, em especial nas áreas de alta complexidade, local onde se evidencia um grande arsenal tecnológico, a burocracia fervilhante, um universo de valores.

Essas instituições se organizam sob regras rígidas que auxiliam no distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho, ao mesmo tempo em que propiciam a defesa dos interesses em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial (PIRES, 1996, p. 12).

Destaca-se que parte significativa dos equipamentos de ponta (tecnologia dura) são

utilizados para investigação diagnóstica e não substituem o trabalho humano de investigação clínica, de modo que são acrescentados novos instrumentos ao trabalho assistencial, os quais muitas vezes, requerem locais especiais, com trabalhadores preparados para o manuseio. O uso da tecnologia de ponta no setor saúde, até o momento, não resultou em aumento de emprego, ao contrário, tem acrescentado postos de trabalho (PIRES, 1999).

Neste estudo Estabelecimento de Assistência em Saúde (EAS) é definido como

Um espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem - o sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem contempla (CAPELLA, 1996, p. 166).

Percebe-se, então, a necessidade de romper com o isolamento entre os diversos setores da saúde e as Políticas vigentes, produzindo novas tecnologias para o cuidado em saúde. É imprescindível a articulação entre esses diversos setores e políticas para efetivação e consolidação do cuidado em saúde de qualidade.

Permanecer nesse modelo é primar a técnica, a divisão social do trabalho, em especial o trabalho fragmentado na saúde.

A Divisão Social do Trabalho é entendida

não como necessidade de aprimoramento da tecnologia ou como condição indispensável para a eficácia técnica, e sim como característica da organização do trabalho, determinada nos diversos momentos históricos pelo modo de produção típico de cada sociedade, portanto cabendo aos homens enquanto grupo social definir a forma como se relacionam com a natureza e a forma como reproduzem sua vida social (PIRES, 1989, p. 16).

Marx (1983) refere que essa divisão acontece quando há separação do trabalho manual e intelectual.

A organização do trabalho da enfermagem (e do setor saúde) durante muito tempo esteve centrada na teoria de Taylor e Fayol, bem evidente na divisão técnica do trabalho, ou seja, na execução de tarefas pelo grau de conhecimento, muitas vezes (e ainda hoje) tornando-nos tarefeiros.

A divisão social do trabalho na enfermagem reflete assim a própria Organização do Processo de Trabalho da profissão, que depende das relações de produção e que domina inclusive a própria divisão técnica do trabalho. Ela não é apenas uma divisão de tarefas manuais ou intelectuais entre

pessoas de classe sociais diferentes, mas a manifestação da existência de diferentes formas de propriedade e da desigualdade social e, por isso mesmo, tende a se ampliar sob o modo de produção capitalista (MELO, 1986, p. 54 e 55).

Atualmente, outras teorias estão norteando a organização e execução do trabalho da enfermagem, numa abordagem mais filosófica e humana. Dentro dessas novas abordagens humanísticas, Dejours (1994) faz uma divisão do trabalho através da carga psíquica positiva e negativa. Se um trabalho permite a diminuição da carga psíquica, ele é equilibrante. Se ele opõe-se a essa diminuição, ele é fatigante. Quando o trabalho reverte-se em proveito da homeostasia, torna-se, então, um meio de relaxamento e prazer, quando o trabalhador termina uma tarefa, sente-se melhor do que antes de tê-la começado.

O elemento simples do processo de trabalho é a atividade humana orientada a um fim ou o trabalho mesmo, seu objetivo (o objeto) e seus meios. Produto não é só resultado, mas, ao mesmo tempo, condição do processo de trabalho (MARX, 1983). No modelo capitalista, o processo de trabalho organiza a vida dos trabalhadores e conduz à valorização, que é atribuída ao indivíduo.

Capella (1996, p. 47) afirma que

O valor real do trabalho está diretamente vinculado à necessidade que se tem dele. No caso da enfermagem, do mesmo modo que a medicina e de outras profissões da saúde, é inegável que ele é necessário, imprescindível, muitas vezes. No entanto, essa mesma sociedade desvincula este trabalho do valor ligado à vida, manutenção e reparação dela, de modo que a compensação financeira não tem sido proporcional a esse valor. Daí os salários serem baixos e as jornadas de trabalho intensas, características perversas do sistema capitalista em que vivemos.

Desse modo, acredito que devemos repensar como estão sendo realizadas nossas funções, como estamos trabalhando, como estamos sendo cuidados e cuidando dos usuários, e de que forma acontecem as nossas relações no trabalho.

Para compreender as relações de trabalho, é necessário conceber que tanto o trabalhador como os usuários não chegam ao EAS como uma máquina. Eles possuem uma história pessoal que se concretiza por certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais (DEJOURS, 1994). Essas afirmações enfatizam a importância do trabalhador e dos usuários serem atendidos em suas

necessidades, pois estas, quando satisfeitas, facilitam o convívio em grupo, o trabalhador passa a sentir prazer pelo trabalho que realiza, e o usuário passa a ser cuidado adequadamente.

De acordo com Marx (1983), o indivíduo não deve ser concebido fora do quadro de suas relações com outros indivíduos, isto é, fora do quadro da vida social. Os homens existem em constante atividade. As relações socioculturais influenciam ativamente a vida do homem.

No atual modelo de atenção à saúde,

Os trabalhadores são considerados caixas vazias, que devem ser orientados pelas normas. Ou seja, por meio dos programas, que estabelecem e padronizam ações, e das capacitações e dos manuais, que levam às orientações programáticas aos trabalhadores, espera-se normalizar e ordenar o seu trabalho, no caso do SUS, em direção à práticas inovadoras de saúde (FEUERWERKER, 2005, p. 500).

Tal conduta, adotada por inúmeros serviços de saúde, propicia uma escassa participação dos trabalhadores e dos usuários. Trabalhador e usuário não são caixas vazias, são seres portadores de diferenças, de singularidades. Valorizá-las permite construir relações solidárias e com espaço para intervenção/atuação de ambos os envolvidos.

Percebo a necessidade de conhecermos alguns aspectos referentes à cultura dos trabalhadores da saúde e dos usuários. Eles originam-se de diferentes locais, formam-se em diferentes instituições de ensino, possuem uma diversificação de crenças e valores, como também, diferentes níveis sociais e culturais. Sabe-se, que esses fatores têm influência direta em suas vidas, entretanto, a meu ver, idealizar que possa haver a minimização dessas diferenças a partir de novos modos de interação e lutas sociais são sonhos que podem um dia concretizar-se.

A hierarquia do poder está presente na maioria das relações de trabalho na área da saúde. As relações de poder são fortes e caracterizam-se pela valorização do saber em detrimento do fazer, com primazia do saber médico. Ao mesmo tempo em que os médicos dominam o processo de trabalho, tomando decisões e dirigindo ações, delegam campos de atividades a outros profissionais que, geralmente, realizam as atividades delegadas, mas mantêm certo conhecimento próprio e poder de decisão. A hierarquia dá-se a partir dos médicos em relação aos demais profissionais, dos profissionais de nível superior sobre os de nível médio e elementar, de quem tem mais para quem tem menos, e dos profissionais de saúde sobre os usuários. O usuário, nesse modelo, deixa de ser sujeito e passa a ser objeto dos cuidados dos trabalhadores. O foco do cuidado sai do ser humano e passa para a doença ou problema que precisa de intervenção profissional especializada (LEOPARDI, 1999; PIRES,

1999).

O individualismo (como valor cultural muito presente em nossa vida, trabalho, sociedade, cultura) generalizado pode levar a desordens preocupantes em matéria de organização do trabalho, como na qualidade do cuidado prestado, na produtividade, na segurança, e no modo de vida dos homens (como este homem cuida-se, vive, diverte-se). Para explicar a ocorrência dos incidentes ou o aparecimento de acidentes de maiores proporções, é suficiente considerar a desestruturação das relações de cooperação e prazer no trabalho, sem a necessidade de invocar causas ou atribuí-las à incompetência ou à falta de formação dos agentes (DEJOURS, 1994). Essas causas podem ser modificadas com o empenho e motivação dos trabalhadores para transformar esta realidade, muitas vezes tão cruel.

Esse ser humano (trabalhador/usuário/gestor) é único em seu modo de perceber-se, de perceber os outros, os fatos e o mundo. Porém, não nos basta saber que as pessoas são diferentes. Deve interessar-nos em que e por que são diferentes. É importante para nossas ações conhecer o ser humano o melhor possível, em suas diferenças e semelhanças, saber o que pensa e sente, como ele percebe os fatos, as pessoas e a si mesmo, o mundo a sua volta, seu trabalho, quais são seus valores, interesses, que necessidades impulsionam seu comportamento, desse modo, favorecendo a construção da sua Cidadania. **Cidadania**

define-se pela existência de um indivíduo que compartilha interesses do coletivo e trabalha no sentido de sua consolidação para romper com a relação de anomia, quando expressar sua identidade particular não o coloca nem acima nem abaixo da identidade dos outros, supondo-se que o livre desenvolvimento de cada um é condição para a convivência e desenvolvimento de todos. Este homem é aquele que tem seu lugar no mundo e reconhece o lugar de cada um dos outros indivíduos (LEOPADI et al, 1995, p. 26).

Cidadania é algo que se constrói no processo de viver através de nossas relações sociais e cuja conquista se dá por um processo educativo com ênfase na participação ativa do homem, permitindo a este conhecer seus direitos e deveres, como também conhecer os fatores determinantes do processo saúde/doença.

Saúde é compreendida como

um direito fundamental de natureza bio, psico e sociopolítico determinado pela biologia, ambiente, estilo de vida, qualidade de vida e internalidade dos indivíduos. É a possibilidade de liberdade de ação e de expressão e de autodeterminação em direção à conquista de condições dignas de vida (nutrição, habitação, educação, trabalho, lazer). É o processo que lhe dá plena capacidade, não só para sobreviver, mas para viver de forma plena. Depende, de um lado, das relações do homem com o meio natural (meio externo ao homem e seu meio interno); do outro lado, depende das relações

do homem com o meio social que molda a atitude do indivíduo face aos sinais de alterações que lhe são dados a perceber (VIETTA, 1986, p. 136).

Nesse contexto, a saúde é entendida como um processo de viver humano construído socialmente, e resultante do modo de vida desse ser humano, quer dizer, é determinada socialmente. Portanto, a doença será o resultado das contradições internas e externas desse indivíduo.

O trabalho deve favorecer ao homem seu crescimento, desenvolver suas potencialidades. Quando torna-se o inverso, sufoca o homem, tornando-o um ser alienado. Ramos (1996) afirma que quando o trabalho apresenta-se como obstáculo para o crescimento do trabalhador, quanto menos ele expressar sua subjetividade, mais se perde como sujeito. A identidade torna-se um rótulo da função que desempenha. Não tem mais nome, idade, sexo, personalidade, desejos, emoções. O trabalhador é apenas executor e o usuário receptor de atividades. O mesmo acontece, também, com o usuário, quando este é excluído no processo de cuidar, impedido, muitas vezes, de exercer sua cidadania.

Acredito que todo estudo, ou qualquer tipo de empreendimento, desencadeia uma motivação pessoal, a necessidade ou esperança de estar contribuindo para o aprimoramento do saber, além de tentar proporcionar a transformação de uma determinada realidade.

Assim, ao contemplar-se este universo é indispensável assumir atitude de crescente interesse e criatividade, não nos acomodando frente ao progresso científico e tecnológico, deixando o ser humano sem os cuidados de saúde necessários.

Desenvolver novas formas para a realização do trabalho, conhecer os fatores que influenciam no processo de trabalho dificultando e/ou impedindo a realização de um trabalho humanizado, conhecer melhor o contexto social e cultural desses sujeitos trabalhadores e usuários, com os quais me relaciono no trabalho vivo em saúde, creio ser o início de um caminhar que visa a interação entre estes, favorecendo a realização do cuidado humanizado.

As mudanças individuais conduzem a resultados relativos quando não são acompanhadas de mudanças concomitantes na organização do processo de trabalho, na estrutura social das relações e no ambiente de trabalho.

É fundamental conhecer alguns significados para o entendimento daquilo que muitas vezes não compreendemos, frente a tantas necessidades que os seres humanos inventam sem se darem conta de suas inúmeras atitudes fúteis e mesquinhas que circundam suas relações, impedindo-os de descobrirem a verdadeira felicidade. A felicidade pode ser uma constante a

partir do momento em que acreditarmos mais no nosso potencial, lutarmos para a concretização de nossos sonhos, buscarmos formas de viver saudável, cuidarmos do cuidado, enfim, amar mais o que somos, o que temos e vivemos e o que desejamos para o futuro.

Olhar para o interior do mundo do trabalho, para conhecer-se a natureza das relações entre trabalhador e usuário é fundamental. Parece, neste mundo controverso, que o trabalho perdeu seu caráter transcendente e tornou-se um meio de satisfazer as necessidades e desejos consumistas. O trabalho perdeu sua identidade transformadora, assim como seu executor (trabalhador). Não podemos mais permitir que a capacidade de integração dos sujeitos pelo ato do trabalho fique à deriva. Se permanecer assim, a profissão não será mais a referência do trabalhador. O trabalho, assim como seu processo, “[...] é o canal, através do qual os trabalhadores expressam e buscam concretizar seus desejos, vontades e possibilidades, mediante o sentido e o significado do trabalho construídos em sua vida” (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001, p. 92).

2.4 TÉCNICA, TECNOLOGIA E TRABALHO EM SAÚDE

Pretendo apresentar algumas abstrações teóricas e interfaces com o trabalho em saúde, através dos conceitos de técnica e tecnologia. Para subsidiar essas reflexões, utilizarei alguns autores que discutem tal temática, em especial, Assmann (1997), Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005), Barbosa (1995), Barnard, Sandelowski (2001), Borges et al (2003), Correa (1998), Dias et al (1996), Ferrari (2003), Franco, Bueno, Merhy (1999), Galimberti (1999, 2003 e 2005), Falcon, Erdmann (2005), Gonçalves (1994), Jonas (1995), Kneller (1980), Marsden (1991), Mendes et al (2002), Merhy (1997, 2002), Peixoto (1994), Reibnitz (2004), Silva (2000) e Trentini e Gonçalves (2000).

Habítamos e vivemos num mundo cujo predomínio da técnica é visível. No entanto, nesta era tecnológica, a concepção do termo tecnologia tem sido utilizada de forma enfática, incisiva e determinante, porém equivocada – a meu juízo – principalmente, no que se refere ao trabalho em saúde. A tecnologia tem sido concebida corriqueiramente de modo reducionista ou simplista, associada somente a produtos ou equipamentos (sua concepção, desenvolvimento e/ou utilização). Tecnologia compreende, também, os saberes constituídos para a geração, criação e utilização de produtos, bem como, para organizar as relações humanas (MERHY, 2002). Assim, reduzir tal conceito ou significado impede a compreensão

desse termo na sua totalidade, pois tecnologia deveria ser concebida com um conjunto de materiais, objetos, cujos papéis são essenciais nos processos produtivos e que ganham expressão ou existência mediante relações adequadas.

Refletir sobre como a tecnologia interfere, modifica e organiza nosso modo de viver e produzir, principalmente, com a intenção de intermediar resultados ainda não conquistados anteriormente nos processos produtivos, torna-se uma necessidade atual e urgente.

A palavra tecnologia e suas derivações não tende a expressar simplesmente uma função técnica abstrata, mas todos os nexos que se estabelecem nos níveis de abstrações para sua consolidação e produção.

Em contrapartida, o termo técnica tem sido concebido como “forma” de assegurar a dominação do homem sobre seu processo de viver (saúde, doença), mais enfaticamente, com a finalidade de superar qualquer sofrimento que possa vir a atingi-lo em sua história (FALCON, ERDMANN, 2005).

Para Galimberti (2003), a técnica é considerada finalidade primeira, pois nos dirigimos a ela antes de qualquer ação. Assim, torna-se a técnica um fim com vistas a aumentar constantemente sua importância. Para esse autor,

a técnica não é neutra, porque cria um mundo com determinadas características que não podemos deixar de habitar e que, habitando, leva-nos a assumir hábitos que nos transformam inelutavelmente. Não somos de modo algum seres imaculados e estranhos, pessoas que às vezes se servem da técnica e outras vezes prescindem dela. Pelo fato de habitar um mundo tecnicamente organizado em todas as suas partes, a técnica não é mais objeto de nossa escolha, mas é o nosso ambiente, no qual fins e meios, objetivos e planejamentos, condutas, ações e paixões, até mesmo sonhos e desejos são tecnicamente articulados e precisam da técnica para se expressarem (GALIMBERTI, 1999, p. 3).

Pode-se afirmar, então, que a técnica permeia nosso modo de viver, nosso modo de trabalhar, de cuidar e ser cuidado. Não somos seres intocáveis e, assim, a técnica é inerente nas nossas relações, e, portanto, também em nossas ações.

Galimberti (2005, p. 3), ao referir-se a Prometeu, o inventor da técnica, relata que este reconhece que “a técnica é sem dúvida alguma mais fraca que a necessidade”, pois a técnica estabelece o agir, o fazer, inserindo normas, rotinas, metas em nossos atos. Sob esta ótica, a técnica representa a verdade empírica ou mais especificamente a concretização de determinado ato, pois nada mais é do que a dominação do homem sobre a natureza, através da modificação do seu modo de agir. Acresce-se que este agir deva ser com responsabilidade, com ética, não apenas com o intuito da preservação da espécie humana. A natureza deve

responder aos interesses do homem, porém parece que o homem está perdendo o controle da natureza. “Isto significa que o efeito técnico supera de longe o saber previsional, e isso basta para tirar do ser humano a possibilidade de controle que ele presume ter sobre as conseqüências últimas da intervenção técnica sobre a natureza” (GALIMBERTI, 2005, p.5).

No trabalho em saúde, mediante as discussões atuais sobre tal temática, observa-se a tentativa constante em resgatar o caráter humano da técnica, pelo ato de humanizar as ações realizadas pelos trabalhadores. No entanto, humanizar é termo de infinita amplitude, pois suscita uma visão otimista do ser humano (cuidador). Este (ser humano) precisa conceber o mundo como seu lar e não como um lugar de passagem, pois somente assim o mundo poderá ser humanizado e humanizar o homem e, conseqüentemente, tornar humanizadas todas as suas ações (ASSMANN, 1997).

Barnard & Sandelowski (2001) referem que o que determina se a tecnologia desumaniza, despersonaliza ou objetifica não é a tecnologia propriamente dita, mas sim como as tecnologias individuais operam em contextos específicos, os significados atribuídos a ela, ou como qualquer indivíduo ou grupo cultural define o que é humano e o potencial da técnica em enfatizar a eficiência e a ordem racional.

A técnica então pode representar o domínio da natureza pelo homem para posterior uso, e o homem passa a ser visto como fim e não como meio, diferentemente da técnica. (MARSDEN, 1991). Para Bermejo (2008, p.16) “a técnica é um meio que, mais que desumanizar, pode humanizar, dependendo de como é utilizada”. Não é a técnica tão freqüentemente utilizada no cuidado em saúde que desumaniza este, e sim o modo como é utilizada pelo ser humano.

Ciência e técnica desvelam o universo oculto, e o homem, mediador dessa transformação, não pode permitir tornar-se “material da técnica”, ou seja, um ser robotizado e/ou mecanizado, ameaçando suas relações (homem/natureza), agindo com passividade, sendo anônimo. É importante destacar que ciência e tecnologia podem legitimar o medo em virtude de aumentarem consubstancialmente o poder do homem (produtor de tecnologia), pois este fica na condição de agente passivo do seu próprio desenvolvimento.

Hans Jonas (1995), em sua obra “O princípio da responsabilidade”, aponta para o fato de que algumas questões desencadeadas pelo progresso tecnológico podem ser perigosas e irreversíveis para o homem. O primeiro problema apontado está na crença de que o domínio da técnica é considerado neutro. A ação humana pode danificar irreversivelmente a natureza e o próprio ser humano, necessitando, então, de uma nova dimensão de responsabilidade. Para o autor, é necessário repensar os princípios básicos da ética, procurar não só o bem humano,

mas também o bem de coisas extra-humanas, ou seja, alargar o conhecimento, os fins para além da esfera do homem e fazer com que o bem humano incluísse o cuidado delas. Sendo assim, é vital alterar a concepção que se tem de ética.

Ao abordar a técnica como essência do homem, Galimberti (1999, p. 3) afirma ser esta

tanto o universo dos meios (as tecnologias), que no seu conjunto compõem o aparato técnico, quanto a racionalidade que orienta o seu emprego em termos de funcionalidade e eficiência. Com estas características, a técnica nasceu não como expressão do espírito humano, mas como remédio para sua insuficiência biológica.

Nota-se que ao considerar a técnica como essência do homem, o autor está enfatizando que esta propiciou a ele estabilidade, adaptação e a evolução de toda sua natureza.

Kneller (1980, p. 245) afirma que tecnologia deriva do grego *techne* que significa arte ou habilidade. Afirma ser a tecnologia “essencialmente uma atividade prática, a qual consiste mais em alterar do que em compreender o mundo”. A tecnologia, para esse autor, visa criar implementos e aparelhos que façam a natureza obedecer ao homem e seu objetivo é aumentar a eficiência da atividade humana, em todas as esferas, incluindo a da produção. Essa visão produtivista acaba por tratar o homem como uma máquina na qual, em nenhum momento, a questão da subjetividade e da força de trabalho do indivíduo é considerada. Assim, a técnica é o centro e o homem o executor daquilo que é determinado por ela. A pergunta que se impõe neste momento é: Quem foi que concebeu a técnica? Se um homem assim o fez, como este, sendo um sujeito livre, crítico, poderia colocar-se amarras, vinculando sua ação apenas a um cumprimento da norma, da regra, da técnica disponibilizada? Assim, poderíamos ainda indagar: Que tipo de homem subjugaria o homem à própria técnica?

Portanto, ciência e tecnologia são interdependentes. Da ciência, a tecnologia deriva conhecimentos básicos, instrumentos e técnicas. Da tecnologia, a ciência recebe instrumentos e problemas para solução (KNELLER, 1980). O envolvimento da ciência permite, então, a produção da tecnologia. A técnica pode ser uma oportunidade de mudança se esta permitir a correção, assim não será excludente e propiciaria o envolvimento direto do homem na construção contínua de qualquer processo tecnológico.

Galimberti (2003, p. 47) afirma que “a técnica não tende a um fim, não promove um sentido, não inaugura cenários de salvação, não redime, não desvela a verdade: a técnica funciona”. Em outras épocas, a técnica objetivava suprir necessidades humanas e conduzia à humanidade. Na atualidade, segundo esse autor, a técnica exerce cada vez maior domínio

sobre as coisas e sobre o próprio homem. Para Jonas (1994), ela permite que o homem fique na posição de insuficiência em virtude das alterações provocadas pelo predomínio da tecnologia e da ciência.

É notório que, nos serviços de saúde, em todas as áreas, a tecnologia dura, leve-dura, auxilia, mas não dispensa o trabalho humano, visto que precisa deste para sobreviver, para manter-se, transformar-se. Seria injusto opor-se à contribuição que a tecnologia ocasionou em relação ao desenvolvimento e aumento da produtividade em várias áreas, em especial na área médica. No entanto, o desenvolvimento de forças produtivas tencionava liberar o homem da execução de tarefas repetitivas, mecanizadas e, desse modo, libertaria os indivíduos para o seu desenvolvimento intelectual, espiritual, artístico e político. No setor saúde, por mais que tenhamos avançado na produção tecnológica, o ser humano (trabalhador) é o principal protagonista, porém permanece aprisionado nesse emaranhado tecnológico. Assim, se tomarmos por base essa afirmação, mais uma vez mantemos a tecnologia centrada no sujeito que executa uma dada ação. Porém, se considerarmos que uma tecnologia relacional envolve mais do que uma pessoa, então, isso não é verdadeiro. Temos, nesse caso, no mínimo dois protagonistas: o trabalhador e o usuário do serviço de saúde. Esta me parece ser a melhor assertiva para tal situação, visto que desconsiderar o sujeito usuário no processo de execução de uma dada tecnologia é desconhecer a importância dele na construção dessas relações e, portanto, a negação de que esta possa ser considerada um processo.

Para Gonçalves e Trentini (2000, p. 64), “a tecnologia sempre tem como referência o trabalho que se traduz como uma ação intencional sobre a realidade a fim de produzir bens/produtos. Esses bens podem consistir em materiais palpáveis, duros, mas também em bens/produtos simbólicos”. Os produtos simbólicos, que podem propiciar o crescimento do homem, o retorno ao seu eu-humano e humanizador, parece encontrar pouco espaço neste mundo para expressar-se e é fruto do processo inter-relacional, a nosso juízo.

Produzir tecnologias, para Merhy (2002), é buscar produzir “coisas” que tanto podem ser materiais como produtos simbólicos que satisfaçam necessidades. Quando ele fala em tecnologia, não está referindo-se exclusivamente a equipamentos, máquinas e instrumentos, mas também a certos saberes constituídos para a geração de produtos, e inclusive para organizar as ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana.

Merhy (2002) classifica as tecnologias em: tecnologias duras, tecnologias leve-duras e tecnologias leves. Por tecnologias duras, entendemos como aquelas constituídas por equipamentos do tipo máquinas, instrumentais, normas, rotinas, estruturas organizacionais. Está relacionado ao instrumental geralmente vinculado à mão-de-obra do profissional, como o

estetoscópio e o oxímetro. As tecnologias leve-duras são os saberes estruturados, como a fisiologia, a anatomia, a psicologia, e tantos outros saberes que atuam no processo de trabalho. Já as tecnologias leves são as implicadas com o conhecimento da produção das relações entre sujeitos. Estão presentes no espaço relacional trabalhador-usuário, e só se materializam em atos. São as tecnologias de acesso, acolhimento, diálogo, produção de vínculo, de encontros, de subjetividades, de expressão, do saber agir e como agir para fazer.

Enquanto tecnologia leve, tanto o acolhimento¹⁴ quanto o acesso, precisam deixar de serem problemas de recepção, tornando-se de fato, objeto da prática de toda a equipe de saúde. O estabelecimento de vínculos entre trabalhadores e usuários do serviço em saúde requer responsabilidade e compromisso da equipe para com os problemas e necessidades que os usuários apresentam. É no encontro do trabalho vivo (trabalho em ato) com o usuário que se expressam componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos de interseção e as tecnologias das relações que se dão através das práticas de acolhimento, vínculo e “autonomização” (MERHY, 2002).

Salientamos que é necessário mudar o modo de cuidar em saúde, pois esse cuidado é “centralmente organizado a partir de problemas específicos, dentro da ótica hegemônica do modelo médico neoliberal, e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar” (MERHY, 2002, p. 125). Segundo Albuquerque (2002, p. 51), quando os profissionais de saúde assumem o modelo hegemônico, pode parecer que as “ações profissionais estão limitadas ao que os outros definiram como nosso espaço profissional”. Dessa forma, a atitude não acolhedora dos profissionais de saúde pode ser decorrente de uma acomodação do modo organizacional do trabalho nesse setor, em que imperam as tecnologias dura e leve-dura, fruto daquele modelo hegemônico de atenção à saúde, que, em tese, foi absorvido e incorporado em suas ações.

O trabalho na saúde deve enfocar não apenas a competência técnica para manusear a tecnologia dura e a leve-dura utilizada para o cuidado, mas a qualificação dos trabalhadores para lidar de maneira mais humana com os usuários. Isso é reforçado por Barbosa (1995, p. 14) ao destacar que a “humanização do cuidar, mesmo diante de todo o uso da tecnologia, ocorre através das pessoas que fazem esta mediação, influenciando o modo como ela se dá”.

O saber tecnológico é o saber fazer. É o que deve ser feito antes, como deve ser feito, quando se deve esperar para realizar os atos seguintes da produção. Implica inteligência e capacidade inventiva. No saber tecnológico, há a convivência do trabalho morto com o

¹⁴ Entende-se por acolhimento as relações humanizadas, acolhedoras, que os trabalhadores e o serviço devem ter com todos os usuários (MERHY, 1997).

trabalho vivo, simultaneamente, na produção concreta do produto imaginado. O saber fazer envolve a criatividade, o uso das potencialidades dos seres humanos envolvidos no processo produtivo. Assim, ao permitir a expressão das potencialidades humanas, a criatividade aflora livremente e concretiza-se através da arte.

Portanto, acredito que alguns aspectos merecem uma análise atenta em relação ao emprego de qualquer tecnologia nos serviços de saúde, sejam elas dura, leve-dura ou leve, além da segurança, eficácia, ética, impacto social e relação custo-benefício. É preciso saber utilizá-las de modo humanizado, lembrando sempre que os indivíduos que mediam o uso e aqueles que recebem o benefício da implementação dessas tecnologias são seres humanos.

É oportuno utilizar-se dos questionamentos feitos por Silva (2000), e adaptados por esse autor, referentes ao uso das tecnologias no cuidado em saúde, principalmente, nos setores considerados de alta complexidade, como as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), cujo predomínio e utilização de artefatos tecnológicos regem o trabalho ali desenvolvido. Perguntamos: Onde termina, hoje, o humano do corpo e começa a máquina? Ou, talvez, fosse melhor inverter a pergunta, sobretudo na área da saúde: Onde termina a máquina e começa o humano? Ou, será que ainda se pode cuidar do humano sem a interposição da máquina? Desconectando-se das máquinas e equipamentos e deixando de implementar a multiplicidade de procedimentos e técnicas tecnologicamente fundamentadas que povoam e configuram os ambientes de trabalho, ainda se pode ser um trabalhador de saúde que promove cuidados?

As instituições de saúde, bem como os trabalhadores e usuários que atuam e/ou recebem serviços nesses setores, não devem ficar alheias a esse processo. Assim como nas organizações produtivas, onde a utilização da tecnologia permite a manutenção de uma posição de igualdade ou mesmo de superioridade em relação a concorrentes, as organizações de prestação de serviços têm o mesmo comportamento, visto que, em sociedades capitalistas, os serviços passam, também, a ser considerados bens vendáveis, reproduzindo, assim, a lógica das leis de mercado competitivo (PEIXOTO, 1994).

A tecnologia em saúde, material ou não, compreende os saberes específicos, procedimentos técnicos, instrumentos e equipamentos utilizados nas práticas de saúde. Estes, ao mesmo tempo em que constituem meios de trabalho dos diferentes trabalhadores de saúde, representam um dos itens para a manutenção e ampliação da escala de produção capitalista (DIAS et al, 1996).

A crescente tecnificação dos procedimentos para atenção à saúde torna esse setor um dos mais dinâmicos no tocante à absorção de novas tecnologias, que são produzidas e consumidas segundo a lógica de mercado. Desse modo, estas passam a ter um valor em si

mesmo, independentemente de sua eficácia. São mercadorias incorporadas aos procedimentos técnicos, muito mais na perspectiva dos interesses que representam do que nas necessidades.

Mendes et al (2002) compreendem que a Enfermagem vem, ainda de forma incipiente, produzindo ao longo dos anos, elementos construtivos de produção tecnológica, mesmo que essa produção não venha sendo majoritariamente composta por artefatos e inventos, mas que inclui estratégias para controlar o processo de trabalho ou a estruturação de material didático-pedagógico para diferentes clientes. Assim, a Enfermagem encontra-se, atualmente, com um conjunto de tecnologias que podem ser cada vez mais desenvolvidas e especializadas por todos aqueles trabalhadores motivados para uma melhoria do cuidado à saúde do ser humano.

Tal consideração permite entender a dimensão da produção tecnológica da Enfermagem e encontrar artifícios tecnológicos no cotidiano do seu trabalho, tanto em sua natureza assistencial como na educativa e mesmo na administrativa.

A discussão da produção tecnológica da Enfermagem para o campo da tecnologia apropriada descreve uma ampla variedade de tecnologias já definidas, também, da utilização de tecnologias inovadoras, que se caracterizam pelo custo reduzido, pela capacidade de satisfazer necessidades básicas, pelo uso racional e por um elevado grau de adaptação ao ambiente local, cultural e social.

O que se observa atualmente é que os trabalhadores de saúde sabem muito sobre a máquina e pouco ou quase nada sobre a pessoa que estão cuidando; o paciente hoje não é sujeito, mas objeto e “recipiente” de determinações ou cuidados de saúde (SILVA, 2000).

Esta ânsia de estruturação do saber pode levar os trabalhadores da saúde a uma situação em que tendem a generalizar os pacientes, a ponto de sentirem dificuldades em lidar com aqueles que estão apenas em observação ou aguardando a alta. Torna-se complicado cuidar daquele que fala, que pede, que indaga não apenas com o olhar, que se nega a alguns atos, que se queixa com clareza, ou seja, daquele que pode se manifestar, deixando emergir o sentimento de que ali permanece um ser de relações, um ser de possibilidades. Nesses casos, segundo Correa (1998), a relação com o paciente poderia deixar de ser tão verticalizada, despersonalizada e tão concentrada no saber científico, no uso do aparato tecnológico disponível e no cumprimento de rotinas.

Com essa dificuldade visualizada, traz-se à tona a interrogação sobre a facilidade de lidar-se com o paciente quando a máquina interpõe-se entre ele e o profissional de saúde.

Assim, no processo de trabalho em saúde, quase sempre não há espaço para a expressão da subjetividade do indivíduo trabalhador e tão pouco do usuário, ficando este

“preso nas configurações tecnológicas dos processos de trabalho, comandados pelos saberes estruturados, pelas normas, pelas máquinas, pelos procedimentos” (MERHY, 1997, p. 113).

Acredito que os trabalhadores possam buscar linhas de fuga que propiciem a construção de tecnologias de ação do trabalho vivo, quebrando relações impróprias para a realização do seu trabalho.

O trabalhador da saúde caracterizar-se-á, então, por colocar seu saber à disposição da coletividade, construindo tecnologias leves que possibilitem a satisfação do usuário, forjando a realização de um trabalho humanizado.

Resgatar a humanização é ir contra a violência, pois esta é a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade, segundo Deslandes (2004). Essa situação é uma mudança de paradigma, o que acarreta a transformação da maneira de ver o mundo de cada trabalhador, bem como a necessidade de se alterar muitas das normas vigentes, além da distribuição de poder nas organizações de saúde. Precisamos, então, compreender que é possível construir maneiras de atuar e agir em saúde de modo humanizado, envolvendo os usuários e os trabalhadores, permitindo a modificação no cotidiano do serviço comprometido com a defesa da vida (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

É necessário resgatar a subjetividade do trabalhador para que ele busque satisfação pessoal. Implantar propostas educativas inovadoras parece ser o caminho para interferirmos no processo de trabalho de forma criativa, para “preparar o indivíduo como agente de mudança, crítico-criativo e que se reflete na não-fragmentação entre trabalho manual e a reflexão” (REIBNITZ, 2004, p. 23).

Nesse sentido, o processo educativo deve focar a humanização da assistência em saúde, assegurando condições para a expressão da liberdade e da criatividade do trabalhador e favorecendo sua atuação reflexiva.

Refletir sobre a tecnologia e sua interface com a humanização “poderia ser uma das alternativas em torno da qual se sedimentaria a identidade profissional, imprimindo que o trabalho fosse exercido em condições de igualdade de direitos, deveres e responsabilidades” (BORGES et al, 2003, p. 121).

Quando abordamos a tecnologia no setor saúde, em que é essencial a existência constante da máquina, percebemos tratar-se de um assunto muito rico e que, apesar de todas as dificuldades, tende a ser valorizado cada vez mais, por ser um enfoque inesgotável diante da enorme velocidade do avanço tecnológico vivenciado nesse novo século.

A tecnologia oferecida na assistência em saúde, apesar de ser indispensável para propiciar uma melhor qualidade de vida ao paciente, é insuficiente para tornar realmente

efetiva a assistência ao indivíduo enfermo. Considerando que o usuário de saúde é um todo, um ser holístico, ele não pode deixar de ser observado como tal, pois seu estado emocional pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu físico.

É verdade que não podemos questionar o surpreendente desenvolvimento tecnológico do mundo, mas isso, não necessariamente, implica a leitura de que as pessoas que vivem nesse mundo se tornaram mais afetivas, compreensivas, sensíveis e solidárias. A área da saúde precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém, nós, trabalhadores da saúde e, em especial, da Enfermagem, não deveríamos esquecer que jamais a máquina substituirá o caráter humanístico de nosso trabalho.

O papel do trabalhador da saúde, quando ele opta pelo cuidado e não pela cura, ou seja, quando ele não se torna “escravo” da tecnologia, mas aprende a usá-la a favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar, fica mais claro sob alguns aspectos. Ele passa a valorizar a técnica por ela ser uma “aliada” na tentativa de preservar a vida, o bem-estar e o conforto do paciente, assim realizando um trabalho humanizado.

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2005), destacam o surgimento da tecnologia como “ponto” que compromete a humanização hospitalar, pois o cuidado passa a assumir características cada vez mais especializadas e complexas. Reforçam que a humanização parece não acompanhar o avanço tecnológico, assim como a complexidade e satisfação da assistência. A humanização, para os autores, vai para além de um ambiente hospitalar adequado, passando pela sociedade, instâncias políticas, econômicas, tecnológicas e pela organização do trabalho.

Portanto, conforme o manual da PNHAH, esse processo nos coloca frente a uma dupla tarefa, que é refletir sobre a realidade do sistema de saúde e a particularidade de cada instituição, criando soluções criativas para enfrentar os desafios e otimizar as oportunidades com vistas à implementação de programas e processos humanizados nas instituições de saúde. Assim, independentemente do uso da tecnologia, cabe ao trabalhador da saúde manter esta ação de humanização.

Sabemos que o avanço tecnológico na área da saúde é uma grande conquista, mas seria melhor associar essa tecnologia a favor do resgate da natureza humana. Torna-se necessário que todos os trabalhadores façam uma reflexão sobre suas posturas enquanto seres humanos que prestam cuidados a outros seres humanos.

Ferrari (2003, p. 87) afirma que

[...] um novo modo de ser humano é nosso próximo passo na evolução. Um ser despido do fazer o mundo acontecer e da liberdade de deixar a criação

viver. Um ser voltado ao que está escondido em nossa alma e não está presente em nossa razão. Um ser de responsabilidades, não regidas pelo relógio, pela gravata, pelo dinheiro, mas regido e conduzido pelo sol, pela criação, pelo Outro próximo mais próximo e pelo Outro distante e que nem sequer existe, mas que por causa do nosso gesto responsável existirá e será Outro. Um ser da gratuidade e da solidariedade em nosso agir e existir. Por fim um ser místico, re-ligado a sua sempre presente, mas já abandonada, condição criacional.

Apesar, de que, no modelo atual de cuidado desenvolvido em áreas de alta complexidade, é uma exigência que o trabalhador seja tecnicamente competente para garantir seu posto de trabalho. Caso contrário, “se não o fizermos, morreremos como seres produtivos, e imediatamente seremos substituídos por outros... e por outros ainda, sucessivamente” (ASSMANN, 2007, p. 206).

Portanto, é fundamental revermos as formas de ser e agir na articulação entre ciência, técnica e tecnologia em oposição aos trabalhadores e aos usuários dos serviços de saúde, para podermos refutar a afirmação de Nietzsche, quando disse que “o homem é um animal que não deu certo”. Ou, então, para reafirmá-la, se for o caso.

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

Pesquisa é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados. Já a Pesquisa Social tem como preocupação os significados, ênfase que fortalece a introspecção do homem (MINAYO, 2000).

Gil (2006, p. 42) enfatiza que a pesquisa social é o “processo que, utilizando metodologia científica, permite a obtenção de novos conhecimentos no campo da realidade social”. De modo corrente e amplo, o autor apresenta como realidade social todos os aspectos relativos ao homem em seus múltiplos relacionamentos com outros homens e instituições sociais. Sob esse escopo, a pesquisa social, tanto por seus objetivos quanto pelos procedimentos que a envolvem, é um horizonte definido para o estudo dos fenômenos humanos e sociais, condição que revela uma característica básica do objeto de pesquisa que é o aspecto qualitativo. Sem esquecer que esse objeto é “complexo, inacabado e em permanente transformação” (MINAYO, 2000, p. 22).

Pesquisar implica um processo que é composto de etapas definidas pelo pesquisador de acordo com seu objeto de estudo. Para Demo (1995, p. 23), “pesquisa é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade, partindo do pressuposto que a realidade não se desvenda na superfície”.

Sendo assim, este estudo caracterizou-se como exploratório e descritivo com abordagem qualitativa.

De acordo com Gil (1999), as pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores. Pesquisas exploratórias são desenvolvidas com o objetivo de proporcionar uma visão geral, do tipo aproximativo, acerca de um determinado fato. “As pesquisas descritivas têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis” (GIL, 2002, p. 42).

As pesquisas descritivas, juntamente com as exploratórias, são as mais utilizadas por pesquisadores sociais preocupados com a atuação prática. De acordo com Polit, Beck e Hungler (2004), na pesquisa qualitativa, os elementos do delineamento do estudo evoluem durante o curso do projeto. Decisões sobre a obtenção dos dados, os participantes, a programação da coleta dos dados, são feitas no campo, à medida que o estudo se desenvolve.

O delineamento para o estudo qualitativo é um delineamento emergente, ou seja, um delineamento que insurge à proporção que o pesquisador toma decisões constantes a respeito do que já foi aprendido. O delineamento emergente nos estudos qualitativos não é o resultado de um desleixo ou indolência do pesquisador, mas de sua vontade de basear a investigação na realidade e nos pontos de vista que não são conhecidos ou compreendidos inicialmente.

Passos (2006), ao explicitar a PNH, enfoca que *o método* desta, conduz a um processo, a um modo de caminhar com vistas à inclusão do outro no processo de produção e promoção da saúde. As *diretrizes* são as orientações gerais da PNH para a inclusão, que podem ser definidas através da ampliação da clínica, da co-gestão, da valorização do trabalhador, da responsabilidade compartilhada, do protagonismo. Os *dispositivos* são as atualizações das diretrizes da PNH, que envolve o coletivo para propiciar mudanças no modelo de atenção e de gestão. E por último as *ferramentas*, que são os instrumentos capazes de operar os dispositivos.

Por se tratar de pesquisa que foca a inclusão do outro (trabalhador, gestor e usuário) no processo de humanização do trabalho em saúde, utilizei o Método da Roda (MR)¹⁵ e as diretrizes, os dispositivos e as ferramentas da PNH como recursos metodológicos.

Assim, a abordagem metodológica utilizada teve como objeto a fala dos trabalhadores, gestores e usuários que produzem e recebem cuidados em saúde no hospital (local de investigação).

3.1 CENÁRIO DE INVESTIGAÇÃO

Ao delimitar o cenário de investigação para o estudo, deve-se considerar que esse local é um espaço de experiências; é um espaço em que nos defrontamos constantemente com as diferenças, com os mais diversos atores, local que tende a possibilitar a renovação contínua de nossas experiências e vivências teórico-práticas e que pode também suscitar questionamentos sobre o nosso presente, passado e futuro.

O cenário escolhido para operacionalizar esta pesquisa foi um EASH localizado na

¹⁵ Este método “aposta na democracia institucional não somente como um meio para impulsionar mudanças sociais, mas como um fim em si mesmo. Adotando como diretriz metodológica a instalação deliberada de processos que objetivem a construção de espaços coletivos. Entendendo-se por Espaços Coletivos arranjos concretos de tempo e lugar, em que o poder esteja em jogo; e onde, de fato, se analisem problemas e se tomem deliberações” (CAMPOS, 2007, p. 42). Este Método permite operar mudanças, permite co-gestão, a construção ampliada das possibilidades de análise dos coletivos e a partir desta análise reconstruir processos.

região Sul do Brasil. O hospital escolhido é referência no Estado para tratar e cuidar de usuários portadores de doenças infectocontagiosas e parasitárias. Esse EAS é classificado como de média complexidade, entretanto, do ponto de vista epidemiológico, é classificado como de nível III – a máxima complexidade.

Esse hospital, desde sua fundação em 1943, vem adaptando-se aos diferentes momentos epidemiológicos, tendo sempre como função o manejo de agravos inusitados, doenças emergentes e reemergentes, surtos, epidemias. Neste momento, tem centrado esforços na atenção à saúde dos usuários portadores do HIV (AIDS), hepatites virais, tuberculose, tuberculose multirresistente, doenças pulmonares em geral, como o câncer de pulmão, pneumoconiose, pneumonias, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), asma, tromboembolismo pulmonar, entre outras, principalmente as doenças infecciosas e parasitárias. Foi cenário também de acolhimento nas várias epidemias que assolaram o Estado em que se localiza, em momentos epidemiológicos diferentes, tais como nos surtos de meningite, sarampo, leptospirose e chagas agudo.

Possui atualmente 418 trabalhadores lotados nos diversos setores. Entre os principais serviços de saúde disponibilizados à comunidade do SUS, destacam-se: ambulatório de infectologia e pneumologia, hospital-dia (AIDS), pólo de aplicação de medicamentos injetáveis (hepatite c), unidades de internação, que totalizam 130 leitos, serviço de urgências externas, como referência 24 horas para acidente com exposição à material biológico e/ou perfuro-cortante e mordedura suspeita.

Nesse cenário hospitalar de cuidado à saúde, concentram-se a tecnologia dura, a leve-dura e a leve, para o cuidado à saúde dos usuários, sejam eles idosos, adultos ou jovens.

3.2 ATORES SOCIAIS

Conforme Gil (1999), amostra é o subconjunto do universo ou da população por meio do qual se estabelecem ou se estimam as características desse universo ou população. Levando em consideração esse conceito, neste estudo a escolha dos participantes (a amostragem) foi intencional. A escolha intencional é aquela que “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população” (GIL, 1999 p. 104).

Os atores sociais que participaram desta pesquisa foram os trabalhadores da saúde,

gestores e usuários do SUS, que recebem e produzem o cuidado à saúde no cenário de investigação.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão:

a) Critérios de inclusão do trabalhador: estar atuando por um período mínimo de seis meses no EASH, independente da categoria profissional; ter idade mínima de 18 anos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

b) Critérios de inclusão dos gestores: estar atuando como gestor, por seis meses no mínimo, em qualquer nível da estrutura hierárquica, desde que comprovado por portaria oficial, e assinar o TCLE.

c) Critérios de inclusão do usuário: estar consciente; não estar utilizando drogas sedativas; ser independente, estar hospitalizado há no mínimo 10 dias e ter uma previsão de no mínimo 45 dias de internação; ter idade igual ou superior a 18 anos; aceitar participar do estudo e assinar o TCLE.

Com base nos critérios de inclusão, foi solicitado à Gerência de Enfermagem (GE) e à Assistente de Direção (AD) que indicassem os nomes dos trabalhadores e dos gestores que poderiam ser convidados para participar do estudo. Através da indicação da GE e da AD, foi constituída uma relação com trinta (30) nomes de trabalhadores da saúde e quinze (15) nomes de gestores.

Após este contato inicial com os trabalhadores, gestores e usuários, em que as informações sobre o estudo foram feitas iniciou-se a articulação para agendar o primeiro encontro coletivo. A PNH é a política da inclusão e solicita que todos os envolvidos no processo de cuidado em saúde sejam protagonistas por isso esta articulação inicial para a realização do primeiro encontro dependeria da disponibilidade de todos.

A proposta inicial do estudo e também como prevê o MR e a PNH era a formação de um único grupo. No entanto esta formação não foi possível. Entre os entraves para a formação de um único grupo primeiramente desponta a adequação de um horário e local com área física que favorecesse a todos participarem; outro fator apontado foi o relato dos trabalhadores de que se sentiriam inibidos para expressarem seus relatos em virtude da presença dos gestores. Os usuários referiram também certo desconforto por estarem num grande grupo. Assim, o método da tríplice inclusão, proposta no MR e pela PNH, não foi possível de ser executado.

Dos trinta trabalhadores indicados, seis (6) estavam de férias ou afastados no momento em que foi iniciada a seleção. A pesquisadora entregou, pessoalmente, uma carta-convite para os quinze (15) gestores e os vinte e quatro (24) trabalhadores. Nesta, foram explicitados os objetivos e a metodologia de realização da pesquisa, e convidava os gestores e

os trabalhadores para um primeiro encontro, cuja finalidade foi pormenorizar as informações sobre a pesquisa, bem como esclarecer dúvidas.

O grupo de usuários foi formado por oito (08) indivíduos que estavam hospitalizados na Unidade de Internação de Tisiologia no período da coleta de dados. Estes foram escolhidos pela própria pesquisadora, com base nas informações fornecidas pela Enfermeira da unidade de Tisiologia. Levou-se em consideração para fazer o convite o tempo de internação mais prolongado.

O primeiro grupo a reunir-se foi o de trabalhadores, seguido pelo dos gestores e por último o grupo de usuários. Dos vinte e quatro (24) trabalhadores convidados para o primeiro encontro, compareceram onze (11), e somente nove (09) concordaram em participar. Assim, o quantitativo de trabalhadores que constituíram a amostragem foi de nove (09) participantes.

Os atores sociais que formaram o grupo de trabalhadores (nove indivíduos) foram predominantemente da área da Enfermagem (três enfermeiros, dois técnicos de enfermagem e dois auxiliares de enfermagem). Também participaram uma trabalhadora do serviço de Nutrição (auxiliar de nutrição) e um trabalhador da área administrativa (auxiliar administrativo). O tempo médio de atividades desses trabalhadores no hospital variou de dois a 26 anos. Quanto ao sexo, sete eram mulheres e dois eram homens. Acrescento que duas trabalhadoras da saúde, pertencentes à categoria da Enfermagem (técnicas de enfermagem), haviam avançado em seus estudos, uma graduou-se em Serviço Social e a outra estava cursando a graduação em Enfermagem. Dos enfermeiros, todos têm curso de especialização. Dos nove trabalhadores, cinco possuíam outro vínculo de trabalho, caracterizando duplo vínculo.

Dos quinze gestores indicados e convidados para participarem do primeiro encontro, nove (09) compareceram à reunião. Foram considerados sujeitos do processo oito (08) indivíduos, visto que, no momento da coleta de dados, ocupavam um cargo de direção na instituição. Os gestores, no momento, ocupavam os seguintes cargos: Gerência de Enfermagem, Assistente de Direção, Diretor Administrativo, Coordenador dos Recursos Humanos, Coordenador da Comissão de Controle à Infecção Hospitalar, Chefia do Hospital-dia e Ambulatório, Chefia do Serviço de Informática e Coordenação do Serviço Social. O grau de escolaridade de sete (7) gestores era o terceiro grau e de um (1), o ensino médio. A idade mínima foi de 39 anos e a máxima, 57 anos. Seis (6) eram do sexo feminino e dois (2), do sexo masculino. O tempo de trabalho na área da saúde e no hospital oscilou de no mínimo seis (6) anos ao máximo de vinte e nove (29) anos. Todos os gestores afirmaram possuir somente um vínculo de trabalho, não tendo duplo vínculo, pois um dos requisitos para ocupar

tal cargo é a dedicação exclusiva.

Os oito (08) usuários que integraram esta amostra encontravam-se hospitalizados na Unidade de Internação de Tisiologia, no período da coleta de dados. Nessa unidade ficam hospitalizados, em regime de isolamento, usuários portadores de Tuberculose. O tempo mínimo de hospitalização variou de quinze (15) dias a duzentos e setenta dias (270). Todos já haviam sido internados anteriormente nesse hospital. Sete (07) usuários eram do sexo masculino e uma (1), do sexo feminino. A idade mínima dos usuários foi de 23 anos e a máxima de 54 anos. Quanto ao grau de instrução, dois eram analfabetos, três possuíam o ensino fundamental incompleto, um usuário o ensino fundamental completo e dois o ensino médio completo.

Todos os atores sociais foram informados sobre a pesquisa e solicitados a assinatura do TCLE.

A saturação (repetição) dos dados foi considerada critério para encerrar a fase de coleta de dados. No entanto, como adotei o Método da Roda (MR) como dispositivo para coleta de dados, o número de participantes por encontro foi considerado adequado, visto que manteve uma média de seis participantes. O critério numérico não visa à representatividade dos atores, e sim o significado das falas dos envolvidos durante as rodas de discussão. Dessa forma, o foco e a pretensão do estudo foram dialogar e refletir sobre as diferenças, sobre os discursos diversos e as mais diversas necessidades, centradas na questão da humanização (KRUG; MENDES; MÜLLER, 2007).

Após a seleção dos atores sociais, não houve exclusão de nenhum participante desta pesquisa, visto que todos preencheram os critérios estabelecidos e não houve qualquer manifestação de desistência no transcorrer do trabalho.

3.3 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 15 de novembro de 2007 a 31 de março de 2008, após aprovação do projeto pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina. A coleta de dados foi centrada no Método da Roda (MR).

Método da Roda (MR): o grupo como dispositivo/ferramenta metodológica

Atuar em grupo pode propiciar uma realização contínua de discussão e reflexão do

processo de trabalho em saúde, em especial nos EAS. Assim, o trabalho em grupo, como recurso metodológico, poderá promover espaços para expressão dos gestores, trabalhadores e usuários, buscando consolidar, de modo mais efetivo, sua participação. Através do encontro, do diálogo, da escuta, do acolhimento, poderá ser possível repensar a prática e o modo como a produção e a promoção da saúde vêm sendo realizadas. No trabalho em grupo, alguns aspectos referentes à individualidade, ao modo de ser e agir, podem emergir e, quem sabe, apontar novos desafios ou novas práticas em saúde.

O círculo fez parte dos rituais e costumes de nossos ancestrais, desde a pré-história. O homem primitivo reunia-se em círculo, ao redor de uma fogueira: aquecia e afastava os demônios. [...] acreditavam que através da energia emanada entre as pessoas que compunham a roda, os maus espíritos eram afastados e os bons ali permaneciam (MOTA, MUNARI, 2006, p. 160).

Neste estudo, como podemos verificar anteriormente, foram conformados três grupos. O **grupo I** foi constituído de usuários hospitalizados, o **grupo II**, de trabalhadores da saúde e o **grupo III**, de gestores. Todos os atores estavam inseridos no contexto hospitalar de investigação.

O elemento identificador desses grupos é o fato de estarem envolvidos na produção e promoção da saúde. Assim, o grupo foi um dispositivo de caráter estratégico, que no dizer de Benevides (1997, p.185) seria “um composto, um emaranhado de linhas”. A autora aponta quatro tipos de linhas: as de visibilidade, as de enunciação, as de força e as de subjetivação. As linhas de visibilidade e as de enunciação referem-se ao fato da multiplicidade de maneiras de sentir, perceber e dizer. As linhas de força são caracterizadas pela dimensão do poder-saber, e as linhas de subjetivação relacionam-se ao modo de existir (BENEVIDES, 1997).

Estar com o outro pode gerar situações inesperadas “porque é o desconhecido – como experiência e modo de experimentar – percorrendo as superfícies do encontro” (BENEVIDES, 1997, p. 188). Mesmo estando em grupos que poderíamos caracterizar como semelhantes, os sujeitos são indivíduos com suas experiências, idiossincrasias e, portanto, desconhecem-se entre si, o que pode reforçar a necessidade de compreender e encontrar-se com o outro. No encontro desses sujeitos, as linhas se cruzam, deslocando angústias do espaço individual e possibilitando abertura de contatos coletivos. Desse modo, o grupo enquanto dispositivo provoca e evoca reações, “é daí que o singular ganha expressão, emergindo do coletivo – multiplicidade, convidando as identidades ao mergulho na agitação das diferenças” (BENEVIDES, 1997, p. 191).

Para Campos (2000, p. 147), o grupo como espaço coletivo seria “um arranjo

organizacional montado para estimular a produção/construção de sujeitos e de coletivos organizados”. Trabalhar em grupo favorece a criação de espaços para a escuta, a troca de saberes, a divulgação de informações, como também a tomada de decisões coletivas. Neste espaço concreto, é possível “analisar fatos, participar do governo, educar-se e reconstruir-se como sujeito” (CAMPOS, 2000, p. 148). Nesta vivência individual/coletiva aprende-se e constroem-se projetos consistentes e capazes de operar mudanças.

Acredito que o grupo tende a ser um dispositivo de mudança na produção e promoção da saúde, pois, neste espaço de disputa, também poderá ocorrer negociações, transformações, construção de subjetividades.

[...] Porque não pensar o mundo do trabalho, ou as organizações em geral, também como espaços para construção de novas subjetividades, nas quais, por meio da participação no governo, na gestão e na intervenção de novas lógicas e estruturas organizacionais, os grupos fossem adquirindo maior capacidade de análise da realidade e de si mesmos, bem como maior capacidade de intervenção nessa realidade? (CAMPOS, 2000, p. 145)

Por isso é que optei por trabalhar com grupos, pois esta é uma alternativa interessante de construção coletiva de subjetividades e, neste caso, de investigação da humanização.

Mota e Munari, com base em Buber (2006, p. 160), afirmam que é necessária a perspectiva de magia que envolve o círculo, pois, “mesmo que ao centro haja um espaço aparentemente vazio, é nele que o grupo adquire forma, preenche e delinea suas relações, estabelecendo a dinâmica do encontro eu-tu”. No encontro eu-tu, a interação emerge e envolve ambos. Nesse encontro, o outro é respeitado e poderá encontrar possibilidades para desenvolver-se, para ver no outro o que muitas vezes é velado, encoberto ou reduzido a um mesmo. O encontro em grupo, a formação em roda/círculo, permite

Visualizar a todos numa mesma dimensão, perceber e identificar por meio de um olhar todos os membros, os que estão perto e os mais distantes. [...] Todos adquirem importância, estão à mesma distância do centro e, mantêm unidade e totalidade. Neste encontro circular [...] estabelece-se um processo democrático e plural que transpira confiança (MOTA, MUNARI, 2006, p. 160).

Neste trabalho, o MR adotado foi o modelo “agir Paidéia”, desenvolvido por Campos (2003, 2007). A escolha por este método é em virtude de acreditar que “o objeto sobre o qual se trabalha tem, portanto, três dimensões: o ambiente, a organização e as pessoas” (CAMPOS, 2003, p. 23).

Paidéia “é um conceito antigo, oriundo da Grécia clássica, e que significa desenvolvimento integral das pessoas; um passo adiante em relação ao agir comunitário” (CAMPOS, 2003, p. 25). Esse método não visa somente melhorar a informação, mas assegurar a capacidade de compreensão, de decisão dos envolvidos no planejamento. Trata também de construir novos modelos de relação entre as pessoas, ou seja, não visa apenas alterar o lugar, mas os seres humanos e as relações sociais envolvidas (CAMPOS, 2003).

O MR Paidéia lida com impasses, busca a inclusão nesta pesquisa do sujeito trabalhador, gestor e usuário. Produzir e promover saúde com os envolvidos, e não sobre eles, é um dos destaques desse modelo. Busca identificar os determinantes envolvidos, e assim ampliar as possibilidades de intervir sobre o que incomoda, perturba. O grupo diante do problema tende a aumentar a capacidade de análise, de intervenção, de reflexão, favorecendo o saber e o fazer (agir).

A roda “é um lugar onde circulam afetos e vínculos são estabelecidos e rompidos durante todo o tempo. É o espaço para elaboração do contrato e para a elaboração de um projeto de intervenção” (CAMPOS, 2003, p. 30).

No MR Paidéia algumas etapas são essenciais. Estas foram as adotadas nesta investigação:

a) Construir vínculos e contratos entre trabalhadores da saúde, gestores e usuários:

Todos devem atuar na promoção, tratamento e educação em saúde. Valoriza-se o agir multidisciplinar e interdisciplinar, envolvendo vários profissionais e usuários, pois podem contribuir para a resolução de problemas de modo coletivo.

Primeiro momento: focar na vida real (problema) relacionando à PNH. Explicitar diretrizes, métodos e princípios. Abordar valores e compromissos do grupo na roda para favorecer o vínculo entre os membros. Estabelecer vínculos dependerá de:

- O que os gestores têm a ofertar?
- O que os trabalhadores querem receber e podem oferecer?
- Quais as necessidades dos usuários e como podem ser atendidas?

O vínculo resulta da disposição de acolher de uns e da discussão de buscar apoio em outros. Vínculo é, portanto, a circulação de afeto entre as pessoas. O afeto é obscuro, nem sempre obedece à conveniência ou é consciente. Em geral, não temos consciência do padrão de vínculo que estabelecemos com os outros. Ele pode, considerando um dado objetivo, ser negativo ou positivo. Atrapalhar ou ajudar. Os vínculos se constroem quando se estabelece algum tipo de dependência mútua: uns precisam de ajuda para resolver questões sanitárias; outros precisam disso para poder ganhar a vida, exercer a profissão (CAMPOS, 2003, p. 28).

Para construir vínculo positivo entre os trabalhadores, gestores e usuários, todos deveriam acreditar nas suas potencialidades, na sua capacidade para o cuidar e o ser cuidado; deveria existir apoio e confiança para superação das diversidades. “O vínculo é confiança e desconfiança ao mesmo tempo. Acreditar sim, mas também reconhecer que sem algum apoio externo as pessoas não mudarão o contexto e a si mesmas” (CAMPOS, 2003, p. 29).

O MR Paidéia visa estimular os membros do grupo a resolver os problemas pela participação ou redescobrir novas formas de enfrentar problemas antigos.

Nesta fase de operacionalização da proposta, foi acordado com os integrantes dos grupos como o trabalho seria desenvolvido; articulado o contrato de trabalho e os responsáveis por cada função; definido o cronograma de encontro, a duração e a dinâmica do trabalho.

O grupo de trabalhadores estabeleceu que os encontros ocorressem, semanalmente, às quartas-feiras, das 16h30min às 17h30min, no mês de dezembro. Nos meses de janeiro e fevereiro, as reuniões seriam quinzenais. Assim, foram realizados sete (7) encontros, sendo o primeiro para apresentação da proposta, com duração de 60 minutos, e a seguir seis (6) encontros, cuja média de duração foi de 110 minutos (tempo total de 660 minutos).

O grupo de gestores estabeleceu que os encontros fossem quinzenais nos meses de janeiro e fevereiro. Estes deveriam ocorrer às quartas-feiras das 13h00min às 15h00min. Em dezembro, foi realizado um encontro para apresentação da proposta e cinco (5) encontros subsequentes, cuja média de duração foi de 108 minutos (tempo total de 540 minutos).

O grupo de usuários optou pelo encontro às terças-feiras e sextas-feiras, no período matutino, das 09h00min às 10h30min. O primeiro encontro foi em março, com duração de 60 minutos para apresentação da proposta e, na sequência, quatro (4) encontros com duração média de 90 minutos, totalizando cerca de 360 minutos.

No primeiro encontro de cada grupo, era entregue uma folha para coletar dados referentes à identificação e a sugestões de temas a serem abordados, e era solicitada a assinatura do TCLE.

A seguir é apresentado o cronograma executado nos três grupos:

Quadro 1: Cronograma de atividades dos grupos

| Trabalhadores | Gestores | Usuários |
|----------------------|-----------------|-----------------|
| 06/12/2007 | 11/12/2007 | 27/02/08 |
| 12/12/2007 | 09/01/2008 | 06/03/08 |
| 19/12/2007 | 23/01/2008 | 12/03/08 |
| 09/01/2008 | 13/02/2008 | 19/03/08 |
| 23/01/2008 | 27/02/2008 | 24/03/2008 |
| 13/02/2008 | 08/03/2008 | |
| 23/02/2008 | | |

b) Definindo os temas: Os temas a serem abordados, referentes à inclusão do outro na PNH, deveriam “emergir, ser construído por um coletivo” (CAMPOS, 2003, p.30). Sendo assim, a inclusão da roda como ferramenta foi o mecanismo necessário para definição dos temas. O tema deveria ser um assunto que incomoda, um problema que “sempre diz respeito ao interesse ou ao desejo de vários agrupamentos envolvidos. Uma coisa que incomoda, que ameaça, que, quando enfrentada, trará benefícios a muita gente” (CAMPOS, 2003, p.30).

O tema deveria ter relação direta com o objeto de interesse da presente pesquisa, neste caso a inclusão do outro na PNH. Após a seleção dos temas, a escuta na roda foi efetuada, para submetê-los à apreciação de todos, e posterior avaliação. Como critério de seleção dos temas, foi estabelecido que o tema apontado deveria ter repercussão no trabalho em saúde, ser viável de enfrentamento, ter potencial de estimular a participação. Esse foi um dos acordos realizados, com os diferentes grupos. No primeiro encontro, foi entregue um instrumento para que os integrantes de cada grupo preenchessem. Neste instrumento, foi coletado os dados de identificação e havia espaço para descrever temas que os sujeitos achassem pertinentes de serem discutidos no grupo.

Reforço que os temas originados do grupo de usuários

Antes que seja eleito como prioridade deverá ser também submetido ao julgamento da equipe de técnicos, tentando-se construir um contrato, um acordo em relação ao tema original. O importante é lograr com um contrato que motive a ambos os lados (CAMPOS, 2003, p. 33).

Os temas referidos pelos trabalhadores na roda e folha de identificação foram:

- PNH;
- Estresse no ambiente de trabalho, processo de morte e morrer, relações no trabalho em equipe, relações com usuário/família;
- Valorização do trabalhador da saúde, protagonismo do trabalhador no

processo de trabalho em saúde (processo decisório), cuidado ao cuidador, desgaste físico e emocional do trabalhador, inclusão do usuário/família no processo de trabalho em saúde;

- Participação do trabalhador no processo de trabalho (decisão), igualdade nas relações de trabalho;
- Compromisso social do trabalhador, valorização do trabalhador, gestão participativa.

Após o debate e a reflexão do grupo de trabalhadores na roda, os seguintes temas foram selecionados:

- Política Nacional de Humanização;
- Processo de Trabalho em Saúde em EASH (tecnologia dura e leve-dura);
- Trabalho em equipe.
- Já para o grupo de gestores estes temas foram os escolhidos na roda:
- Relacionamento interpessoal *versus* relações de trabalho;
- Respeito, co-responsabilidade;
- Integralidade no cuidado;
- Gestão participativa;
- Conflitos nas relações interpessoais;
- Humanização no cuidado;
- Ética nas relações;
- Direitos dos usuários.
- Os usuários apontaram os seguintes temas de interesse que deveriam ser abordados¹⁶:
- Cuidado em saúde;
- PNH e humanização no cuidado em saúde;
- Protagonismo no cuidado.

Pode-se perceber a similaridade entre os temas escolhidos por cada grupo. Tenho a impressão que cada grupo é uma pequena ilha, nas quais eles aportam vez por outra, apenas para embarcar novamente no mesmo oceano. Mas acredito na possibilidade de construir pontes fortes, que permitam o trilhar desses atores pelas mais diversas ilhas e a distância seria minimizada, com o respeito à diferença e a crença nas possibilidades de mudanças factíveis.

¹⁶ Os temas são apresentados pela pesquisadora adotando a linguagem científica, não a linguagem referida pelos usuários.

c) Construir projeto de intervenção com envolvimento dos trabalhadores, gestores e usuário: A elaboração do projeto de trabalho deve ser construída de forma participativa através da roda. Assim, possibilita construir parcerias, com o envolvimento de todos. No entanto, para a construção deste projeto de intervenção, seguiram-se as seguintes etapas, como propõe o método Paidéia:

- Definição dos temas;
- Análise/avaliação do contexto – diagnóstico preliminar;
- Estabelecimento das diretrizes e tomada de decisão em grupo (roda) de como trabalhar o tema/problema;
- Determinação da rede de tarefas consideradas importantes.

Finalizadas essas etapas, a tarefa seguinte foi a elaboração do Desenho de Intervenção. Essa construção foi possível através dos dados coletados nos três grupos. O desenho de intervenção, como proposta de co-gestão é apresentado no final dos resultados e análise dos dados.

d) Papel da equipe (grupo): O papel da equipe foi calcado no conhecimento, na intervenção e nas ações, apoiado na legislação e nos princípios e diretrizes da PNH.

Do usuário, espera-se que tenha iniciativa, interesse e pense na possibilidade de mobilização de recursos para viabilizar possíveis intervenções.

Foi necessário também definir as tarefas de cada membro do grupo para evitar possíveis falhas na execução. Através da construção compartilhada das tarefas, dispositivos (desafios) serão gerados e passíveis de aplicação. Ressalta-se que nesta etapa a valorização da educação em saúde e da subjetividade foi primordial. “A educação em saúde, mais do que difundir informações, busca ampliar a capacidade de análise e de intervenção das pessoas, tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade (CAMPOS, 2003, p.35).

Neste trabalho investigativo em que o MR (modelo Paidéia) foi adotado, o pesquisador assumiu o papel de apoiador com um suposto saber. O pesquisador é “alguém externo ao agrupamento, alguém que é demandado em função de um conhecimento presumido [...] valendo-se da metodologia de apoio” (CAMPOS, 2003, p. 93). O pesquisador usou como recursos metodológicos os seguintes:

- construir rodas e, na roda, os projetos de intervenções;
- incluir as relações de poder, de afeto, de conhecimento. Explicitar o lugar e o modo de vinculação de cada membro;

- analisar o processo: ação da instituição para atender/cumprir as propostas do grupo; reconstrução da organização; desenvolvimento do grupo;
- trabalhar com metodologias que valorizem o grupo;
- apoiar o grupo;
- pensar e fazer junto (diálogo);
- ampliar espaços de aplicação do método;
- exercitar no grupo a crítica e o desejo de mudança;
- ser agente direto;
- apoiar e ser apoiado, dirigir e ser dirigido.

Para a realização da coleta dos dados, foram gravados os conteúdos dos encontros grupais (MR), guiado por um roteiro previamente elaborado para cada encontro, de acordo com o tema a ser abordado no grupo. Nesta etapa investigativa, foi fundamental “deixar que esses indivíduos se expressem mais ou menos livremente, ou seja, que produzam discursos” (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005, p. 15).

Os dados foram armazenados e registrados da seguinte forma: gravados em fitas e posteriormente transcritos e salvos em arquivos informatizados.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Nesta pesquisa foi utilizado como referencial metodológico de análise o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O processo metodológico do DSC foi elaborado por Lefèvre e Lefèvre (2005). O DSC é “uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, papers, revistas especializadas, etc” (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005, p. 16). Essa proposta consiste na análise minuciosa do material coletado, de onde emergirão as idéias centrais e/ou ancoragens e as respectivas expressões-chave, assim compondo-se os discursos (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005).

O DSC é um referencial metodológico muito atual e bastante utilizado nas pesquisas qualitativas. Tal método enfatiza a requantificação pela análise de conteúdo, a requantificação pela categorização e a requantificação teórica. Ou seja, a soma de pensamentos (discursos)

gera o DSC (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005). Porém, para utilizar o DSC em pesquisas qualitativas, torna-se necessário que o pesquisador, ao desenhar seu roteiro metodológico, opte pela narrativa e que sua amostragem seja representativa da coletividade e analise detalhadamente o conteúdo dos depoimentos.

O DSC, enquanto referencial metodológico das pesquisas qualitativas, é um procedimento de tabulação dos depoimentos verbais emitidos pelos participantes do estudo, e consiste basicamente em analisar o material coletado das narrativas dos sujeitos.

Ao compilar os dados, extraem-se de cada uma das respostas as Idéias Centrais (IC) e/ou Ancoragens (AC) e as suas correspondentes Expressões-chave; com as Expressões-chave das Idéias Centrais ou Ancoragens semelhantes compõe-se um ou vários DSCs, que são discursos-síntese enunciados na primeira pessoa do singular, como se fosse a fala ou o depoimento de uma coletividade.

No processo metodológico do DSC, são utilizadas as seguintes figuras metodológicas:

Expressões-chave (ECH): Expressam a essência do depoimento, ou mais exatamente, o conteúdo do discurso. Respondem às questões de pesquisa, e é com elas que se constroem o discurso do sujeito coletivo.

Idéias centrais (IC): São expressões lingüísticas que revelam ou descrevem de forma mais sintética, precisa e fidedigna o sentido de cada discurso analisado e de cada conjunto homogêneo de ECH. É um nome sintético dado para o sentido do discurso analisado. É uma descrição do sentido de um ou vários discursos.

Ancoragem (AC): É a expressão lingüística explícita de determinada teoria ou ideologia, crença, que o autor do discurso adota como uma afirmação.

Discurso do Sujeito Coletivo (DSC): É o discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular, composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC; soma de pedaços isolados do discurso que forma um todo discursivo coerente. “Visa tornar mais clara uma dada representação social, bem como o conjunto das representações que conforma um dado imaginário” (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005, p. 19).

Os DSCs – que podem ser tanto das Idéias Centrais quanto das Ancoragens – podem ser compostos de um ou mais depoimentos que apresentam um sentido singular que, sob uma forma discursiva, refletem os pensamentos e os valores associados a um dado tema, presentes numa determinada formação sociocultural, num dado momento histórico (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005).

O Referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é bastante

utilizado em pesquisas que envolvem grupos sociais com características comuns, pois estes são vistos como um sujeito de um discurso único.

Para utilizar o DSC nas pesquisas qualitativas, é necessário seguir os seguintes passos:

- **Coleta de dados:** utilização de perguntas-chave nos encontros de grupo;
- **Atores sociais:** escolha intencional com base no conhecimento anterior de um pequeno universo. Amostra deve ser representativa quando o universo é grande e se conhece pouco da amostra;
- Elaboração criteriosa das perguntas;
- Tabulação dos dados.

3.5 TABULAÇÃO DOS DADOS

Após a realização dos encontros com os grupos de trabalhadores, gestores e usuários, utilizando o MR para coletar os dados, foram feitas as transcrições das gravações das falas dos participantes. A tabulação dos dados seguiu a seguinte ordem:

No primeiro momento, analisou-se, isoladamente, cada questão discutida nos grupos, copiando integralmente o conteúdo de todas as respostas relacionadas com determinada questão. Nesse momento, foi elaborado um instrumento denominado Instrumento de Análise de Discurso (IAD) (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005). O IAD era constituído de ECHs, ICs e ACs.

No segundo momento da tabulação, destacaram-se a AC e a IC, com cores diferenciadas. Foram identificadas e sublinhadas em cada resposta, utilizando cores variadas para destacar, as ACs e as ICs.

No terceiro momento, identificaram-se as ICs a partir das ECHs. As ICs são “descrições do sentido presente nas expressões-chave, e não interpretações” (LEFÉVRE e LEFÉVRE, 2005, p. 52).

O quarto momento, por sua vez, caracterizou-se pela identificação e agrupamento das ICs de mesmo significado ou por similaridade.

No quinto momento, denominaram-se os agrupamentos por ordem alfabética (A, B, C [...] Z). E finalmente foi construído o DSC utilizando o IAD. Para construir o DSC, foi

utilizado o material das ECHs.

A partir da escuta e da transcrição dos conteúdos das falas, foram definidos os temas considerados suficientes para análise de cada grupo.

No capítulo IV, apresento os resultados e a análise do estudo. Os dados são apresentados em separado, ou seja, de acordo com o grupo trabalhado. Ao apresentar os resultados e a posterior análise, pontuo o tema com sua(s) respectiva(s) ICs. O DSC é apresentado e identificado de acordo com a IC em conjunto com a análise.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

De acordo com Trentini & Paim (1999), a intenção do pesquisador em desenvolver a investigação científica no meio de assistência de enfermagem exige a construção de uma ética que lhe é apropriada, e que requer uma postura condizente da equipe de pesquisa no andamento das etapas de investigação. A apresentação do projeto deverá ter a mais ampla divulgação, e conquistar a participação e reconhecimento do desenho da pesquisa, por parte da equipe de trabalho do local onde se pretende realizá-la. A proposta deve contemplar a informação, o reconhecimento e a concordância dos elementos envolvidos na pesquisa, a negociação do projeto e suas implicações. Nesta investigação foi respeitada a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi enviado para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), recebendo parecer positivo número 07.324.4.04.III. Todos foram informados sobre a finalidade do estudo, assinaram o TCLE. Em todos os momentos respeitou-se a individualidade dos atores sociais, a livre participação, o anonimato e sigilo das informações coletadas.

CAPÍTULO IV – O DISCURSO COLETIVO DOS TRABALHADORES, GESTORES E USUÁRIOS DE UM EASH SOBRE A PNH, HUMANIZAÇÃO NAS PRÁTICAS DE SAÚDE, PROCESSO DE TRABALHO E TECNOLOGIAS RELACIONAIS

Neste capítulo, apresento os resultados obtidos com a utilização do método da Roda (encontros). A discussão será processada separadamente, por grupo. No entanto, muitas vezes, alguns achados deste estudo entrecruzam-se nos grupos de sujeitos sociais (trabalhadores, gestores e usuários). É importante destacar que, por causa dos inúmeros temas identificados, decidi, metodologicamente, selecionar os de maior significância para o desvelamento do objeto estudado, para os três grupos participantes, conforme é apresentado nos resultados e análise a seguir.

Cada tema é analisado e apresentado com a sua respectiva IC. As ICs recebem numeração de acordo com a ordem de apresentação e o DSC sempre indicará a numeração da IC que está relacionado.

Nos DSCs, será apresentada a expressão original de cada um dos sujeitos participantes, porém não utilizo cores para diferenciar as falas individuais que geram o DSC. O uso de cores ocorreu somente na fase de tabulação dos dados, que será preservada em arquivo pessoal da pesquisadora por cinco anos.

Apresento a seguir os temas dos trabalhadores da saúde, gestores e usuários, com as suas respectivas ICs. Os dados serão demonstrados em quadros. Ao final de cada quadro, será apresentada a análise e o DSC.

A - Análise dos discursos dos trabalhadores da saúde

Como os demais sujeitos sociais desta pesquisa, os trabalhadores da saúde manifestaram-se quanto ao conhecimento da Política Nacional de Humanização (PNH), o que é apresentado no quadro 2, a seguir:

Quadro 2: Conhecimento da PNH para os trabalhadores da saúde

| Tema | Idéia central |
|------------------------------|--|
| I – Conhecimento sobre a PNH | 1 - Trabalhadores desconhecem a política 2 - Necessidades de divulgar a política com clareza 3 - Pouca discussão da política 4 - Política é insuficiente para mudar o cenário de cuidado 5 - Diferença entre programa e política 6 - Trabalho mecanizado e a PNH como oportunidade de mudar 7 - A Política necessita da vontade e do interesse dos envolvidos 8 - As pessoas devem querer mudar o instituído e ter maior participação |

Conhecer a PNH é requisito fundamental ou central para os envolvidos na produção de cuidado, vida e saúde. A PNH impõe a tomada de decisão coletiva, a co-responsabilidade como sujeitos individuais e coletivos e, assim, torna-se um meio para transformar as práticas de saúde, em especial, as desenvolvidas nos EASH. Desconstruir as práticas de saúde vigentes que não condizem com os propósitos da PNH é propor-se sair da condição de assujeitado (o sujeito trabalhador) e passar a ser sujeito portador de autonomia, produtor de cidadania, sujeito emancipado e, conseqüentemente, alterar ou mudar o cenário instituído.

A PNH é um dispositivo que amplia os espaços relacionais e o modelo de trabalhar em saúde, além de facilitar ao trabalhador que ele transcenda a visão do modelo de cuidado curativista. Com a PNH, a probabilidade de produzir-se vida e saúde no cuidado desenvolvido nos EASH pode ser algo não tão distante.

No entanto, nos DSCs os trabalhadores expressam o desconhecimento sobre a PNH e apontam a necessidade de criação de espaços para discussão sobre ela. Observam-se abaixo os DSCs e suas respectivas ICs, que foram apontados no quadro anterior.

Não. Não conheço. Eu não pude participar daquele treinamento que teve no auditório. Mas aqui no hospital jamais foi feita discussão, [...] entregue material (DSC da IC 1).

Primeiramente acho importante conhecer a Política, pois ela não é clara para todo mundo. Primeiro é importante todos terem conhecimento da política! Saber o que está escrito e como pode ser colocada em prática (DSC da IC 2).

Não tem discussão neste hospital sobre a política, apenas algumas pessoas falam, ou a conhecem. Tem que tornar público isso. Não pode ficar numa caixa trancado e somente uns ter acesso a ela, às informações (DSC da IC 3).

A diversidade de IC quanto ao tema demonstra a necessidade de que se adote uma

política de educação permanente para os trabalhadores. Assim, minimamente, teríamos condições de estabelecer diversas modalidades de incorporação da PNH nessa instituição. Dessa forma, haveria a necessidade de que a PNH tornasse-se uma política de fato naquele EASH.

Percebe-se a necessidade urgente de promover o intercâmbio de informações para esses trabalhadores sobre a PNH, pois o desconhecimento sobre esta ficou evidente nos seus discursos. Tal medida é necessária frente às apostas que a PNH faz, listadas a seguir.

A PNH faz três apostas:

- no Princípio da Transversalidade (estratégia de produzir efeito comunicacional, a lateralidade nas ações);
- na Inseparabilidade entre o Conhecimento e a Prática, entre os envolvidos na produção de vida e saúde;
- na Valorização do Sujeito Singular e Coletivo (trabalhador, gestor e usuário).

Democratizar a inclusão dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde é afirmar a PNH como uma possibilidade. No entanto, uma forma de expressão do autoritarismo nas práticas de saúde seria a negação da PNH, a sua não- divulgação para os envolvidos na produção de saúde. A princípio, compartilhar, com os envolvidos no processo de produção de vida e saúde, a PNH, pode ser o começo do intercâmbio. Trabalhador e usuário não podem permanecer na condição de assujeitamento, de permanente desconhecimento dos movimentos sociais e políticos que estão acontecendo no SUS. O Sistema Único de Saúde deve ser construído por todos os atores sociais, de forma ativa. O SUS expressa-se e materializa-se nessas práticas, que são coletivas. Portanto, somos responsáveis, também, pelo êxito esperado com as propostas, programas e políticas vinculadas diretamente ao SUS.

Nesse momento, resgato aqui a importância de compreender a diferença entre política e programa. Tal diferença foi muito bem apontada nos discursos dos trabalhadores.

Uma política não é o suficiente, mas ela ajuda. E outro ponto, não depende somente da política, depende da gente também. Depende do meu bem-estar. Para ter humanização eu tenho que estar bem. Se eu não estiver bem não adianta. Tem dia que você está mais desanimado, cansado e tem dia que você está bem, muito bem (DSC da IC 4).

Em primeiro lugar, eu acho que a humanização, que a PNH não é um programa, é uma política. Isso, política, [...] é mais difícil de ser implantado. Porque depende muito das pessoas. Têm programas e políticas que são mais técnicos, são mais fáceis. Este não! Este para ser implantado tem que todo mundo, [...] todo mundo tem que participar (DSC da IC 5).

A política exige o envolvimento de todos, exige mudar comportamentos, exige vontade, pois ela apenas aponta as diretrizes, os dispositivos e as ferramentas. A política mostra que existe possibilidades e solicita a construção delas de acordo com cada realidade. A construção, no entanto, deve ser coletiva. A PNH traz como característica principal ser uma política em construção, aberta.

Uma política é uma opção institucional a ser perseguida, a ser alcançada por todos os atores sociais e estruturas orgânicas. É a instituição movendo-se a algo, em seu corpo inteiro. Diferentemente, um programa é um conjunto de intenções que pode ser viabilizado para grupos ou, então, por grupos específicos. Na política, todos devem comprometer-se e não somente os grupos de interesses. Assim, quando estabelecemos programas no SUS, podemos estar comprometendo a idéia de conjunto. Por outro lado, muitas vezes, faz-se necessário o estabelecimento de programas que, no futuro, tornam-se políticas, pois se comprovam necessários. Da mesma forma, um conjunto de programas poderá conformar uma política. No caso da PNH, como política, mostra-se efetiva, porque tem todos os instrumentos, todos os dispositivos necessários para sua implementação no conjunto dos serviços de saúde e com o envolvimento de todos os atores sociais desse segmento.

Silva e Labra (2001, p. 162), ao estudarem as instâncias decisórias do SUS, declaram que

como qualquer política pública, a política de saúde é fruto de um complexo processo de negociações e confrontações que envolve a burocracia pública, profissionais de saúde, sindicatos, partidos políticos, grupos de interesses e organizações da sociedade civil.

Assim, a PNH, por ser política, é um campo de confronto de idéias, de posições, e o estabelecimento dela é um processo sempre em construção. A política sempre terá o sentido de movimentação, de mudança. A política é a expressão de interesse dialético da instituição. Ao passo que o programa apresenta, passo a passo, o que se deve fazer para executá-lo, tornando, assim, mais viável a sua forma de implementação. No programa, sabemos exatamente o caminho que deve ser percorrido, pois o “pacote” está pronto, formatado.

Quando se formulam programas, previamente são estabelecidos os critérios, as ações, as metas que viabilizam sua implantação. Quando o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) foi elaborado e começou a ser consolidado na prática, em inúmeros hospitais brasileiros de todas as regiões, percebeu-se que o PNHAH, sozinho, não daria conta de atender toda a demanda que os setores hospitalares tinham. Havia uma

necessidade urgente de alterar também o modelo de atenção à saúde produzido na rede básica. Com a alteração da rede básica, o PNHAH seria certamente consolidado.

Desse modo, o Ministério da Saúde reconheceu a necessidade de que o PNHAH fosse efetivado de modo mais abrangente, para atingir os variados níveis de atenção à saúde no Brasil. Mas o PNHAH, como programa e não como política, estabelecia mudanças pontuais, sem o envolvimento de todos os segmentos da saúde. Surge então a PNH como política ministerial, que abrangeria os setores da saúde integralmente.

A PNH dá a abertura para discutir as bases conceituais e metodológicas do trabalho em saúde, tanto a nível hospitalar como na saúde coletiva, em virtude da produção da saúde ser desenvolvida nesses locais diariamente. A PNH tende a ser um divisor de águas “anunciando o paradigma da humanização como novo modelo de atenção [...]” (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004, p. 1282).

Um dos papéis imprescindíveis para reverter esse cenário, cujo desconhecimento da PNH é visível, é a atuação dos gestores. Os gestores podem intervir beneficentemente nessa realidade. A transformação será possível quando eles propuserem-se a fazer funcionar a tecnologia relacional disponível, usando dispositivos viáveis, agregando saberes e práticas, compartilhando, construindo intervenções coletivas.

Para que a PNH consolide-se, é preciso que a equipe de saúde reflita sobre seus próprios valores, seu conhecimento a respeito do ser humano e, assim, assuma a responsabilidade pelas suas questões profissionais, como desenvolver o cuidado integral fazendo uso constante das tecnologias relacionais. Para tanto, o investimento em educação permanente parece ser fundamental para contribuir com o estabelecimento dessa política.

Neste estudo, foi constatado que o modo como o trabalho está organizado pode levar os trabalhadores da saúde a uma situação em que tendem a generalizar os usuários, a ponto de realizarem suas funções como rotinas, atos uniformizados. Porém, eles reconhecem essa situação e apontam a PNH como uma possibilidade de alteração, desde que os envolvidos admitam suas fragilidades e comprometam-se coletivamente em buscar soluções.

O serviço vai te deixando meio robozinho com o tempo. É tanta cobrança, tanta coisa para fazer que às vezes te transforma. A política, eu acho, pode te dar a oportunidade. Acho que vale a pena, mas depende de cada um. Não depende simplesmente de mim. Agora tem que trabalhar com cada um. Parece que tem que fazer uma rede bem forte (DSC da IC 6).

Esta política daria conta se as pessoas envolvidas tivessem vontade. Se fosse aceita pela equipe de trabalho. Quem não quer dar um atendimento humanizado não vai dar! Não adianta uma política (DSC da IC 7).

As pessoas têm que estar querendo isso se não, não vai dar para implantar,

entende? É a política ou programa mais difícil que tem no Ministério da Saúde! O programa cria a possibilidade das pessoas pensarem, antes não tinha nada. Mas eu acho que é muito difícil. Não é simplesmente chegar assim e dizer que você tem que fazer determinada atividade (DSC da IC 8).

A aposta institucional que não acredita nas pessoas não é humanizante, portanto a negação concreta da PNH é um agir contra qualquer forma de humanização nas práticas de atenção à saúde no nível hospitalar. É valorizar e perpetuar a indiferença, a não-participação dos envolvidos, a negação do outro.

O ato terapêutico não deve ser focado na doença e na tomada de decisão da equipe médica e sim na participação de todos os envolvidos no processo de produção de saúde, de produção de vida. A opinião dos envolvidos sobre a necessidade de fazer ou não determinada intervenção deve ser considerada.

A saúde não é assegurada apenas pelo indivíduo, nem tampouco pelo setor da saúde no seu senso estrito. Ao contrário, depende de um amplo leque de estratégias, por meio de ações articuladas e coordenadas entre os diferentes setores sociais, ações do Estado, da sociedade civil, do sistema de saúde e de outros parceiros intersetoriais. Pode ser entendida, então, como um desfecho positivo decorrente da implementação de políticas públicas saudáveis (MOYSÉS; TETU MOYSÉS; KREMPEL, 2004, p. 629).

Desconstruir um modo de operar a prática do cuidado em saúde para construir outro é tarefa complexa. Provavelmente ainda estamos longe do modelo que idealizamos. No entanto, re-significar esse cenário é tarefa que exige a participação e o empenho dos envolvidos. Reinventar continuamente mudanças é questionar também nossos atos permanentemente.

Alterar o cenário do trabalho/cuidado em saúde nas práticas cotidianas vai depender, inclusive, “dos valores que circulam no cotidiano dos serviços e de quais são abraçados, ou melhor dizendo, corporificados pelos profissionais” (GOMES; SILVA; PINHEIRO et al, 2007, p. 22).

A formulação de políticas saudáveis impõe a gestão de ações integradas, coletivas, em especial que rompam com o modelo de trabalho mecanizado, como o descrito pelos trabalhadores nesta pesquisa.

O trabalho tornado mecanizado exigiria um trabalhador também mecanizado em seus devidos códigos profissionais, em suas ações ensaiadas/treinadas, em sua cognição minuciosamente separada de valores, sentimentos, ou outros atravessamentos considerados perigosamente perturbadores de um curso antevisto (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 41).

Alterar esse modelo de trabalho pode começar com uma simples ação: o respeito à individualidade do outro. Observa-se a seguir, no quadro 3, o que os trabalhadores declaram a respeito da individualidade.

Quadro 3: Opinião dos trabalhadores sobre o respeito à individualidade do usuário.

| Tema | Idéia Central |
|--|---|
| II - Respeito à individualidade do usuário | 9 - Dificuldade em compreender/aceitar o modo de vida dos usuários. 10 - Individualidade do outro interfere na minha. 11 - Desrespeito às normas da instituição 12 - Intervenção desnecessária |

Os trabalhadores manifestam a sua dificuldade em lidar com situações ligadas ao modo de vida dos usuários. Tal dificuldade é expressa no discurso deles quando focam suas falas acerca da integralidade do cuidado, nos DSCs das ICs 9, 10, 11 e 12.

Eu não concordo com isto da PNH de respeito à individualidade. Você vai lá, dá a medicação para ele [usuário], na tua frente, ele te olha e cospe. Cospe na tua cara. Banho... eles ficam uma semana sem tomar. Eles moram na rua! Tenho uma dificuldade enorme para eles seguirem as rotinas. Ficam sem tomar banho uma semana. Não dá para respeitar isso! (DSC da IC 9)

A partir do momento que a atitude, a individualidade fere princípios de outros, não dá para aceitar! O Colega vai sentir o cheiro dele. É difícil! É complicado tu trabalhar e respeitar a individualidade do sujeito quando esta está interferindo nos outros (DSC da IC 10).

Nós temos normas e regras aqui dentro e lá fora ele não tem! É muito difícil conciliar. Eu vou segurar o paciente ali na frente? Não! E se ele [o usuário] usar a força? Essas coisas são complicadas! Ele usa o som alto, sai para usar droga. Vou ter que aceitar ele de volta? Isso é complicado! Aceitar o paciente fazer sexo dentro do quarto... (DSC da IC 11).

Eliminar intervenção desnecessária. Não fazer coisas, procedimentos sem necessidade (DSC da IC 12).

Superar a distância entre o trabalho realizado no EASH e o que preconiza a PNH pode ser o início de um processo de intervenção coletivo.

Esse aspecto humano do cuidado é de certa forma muito difícil de ser implementado, pois envolve uma rotina complexa, que muitas vezes faz com que os membros da equipe deixem em segundo plano atitudes como o tocar, o conversar, o ouvir, em detrimento da

demanda de trabalho que necessitam realizar.

Por outro lado, percebemos que as Políticas de Saúde, em especial, a de Humanização, enfatizam a necessidade de que o cuidado oferecido ao usuário realmente vá além do tecnicismo. Porém, pouco se sabe a respeito da implementação dos resultados e medidas que visem minimizar a impessoalidade no cuidado oferecido ao usuário (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003).

O processo de implantação da PNH, para efetivar-se, deve envolver todos os membros da equipe e incluir a participação do usuário, atitude esta não observada neste estudo, visto que sequer sabem de que trata essa política.

O melhor entendimento da relação trabalhador-usuário também poderia auxiliar na elaboração de novas e melhores estratégias para o resgate humano, cuidado e assistência à saúde de qualidade, vendo o outro como um todo, que tem necessidades, vontades, porém, está limitado naquele dado momento de sua vida.

Humanizar o cuidado em um EASH é cuidar do usuário como um ser completo, englobando seu contexto social e familiar. Assim, devem ser incorporados ao ato terapêutico: valores, esperanças, culturas, anseios e preocupações de cada um. Humanização é um conjunto de medidas que engloba: ambiente físico, o cuidado aos usuários e seus familiares e as relações entre a equipe de saúde (GUANAES; SOUZA, 2003).

A humanização da assistência poderia ser iniciada transformando esse ambiente marcado historicamente como um ambiente frio, hostil, melancólico, repleto de tecnologias duras e leve-duras, em um ambiente harmonioso e, acima de tudo, que resgate alguns valores humanos esquecidos na trajetória do trabalho em saúde desenvolvido nesses locais. Assim, "falar em humanização dos serviços, não enquanto um modismo, mas como um direito do paciente, torna-se um desafio, uma busca de novos valores [...]" (CORRÊA, 1998, p. 300).

Outro ponto de relevância para intervir nesse cenário de trabalho é conhecer o significado de humanização para os trabalhadores. No quadro 4, apresento a compreensão dos trabalhadores sobre este tema, a humanização.

Quadro 4: Significado de humanização no cuidado em saúde para os trabalhadores.

| Tema | Idéia central |
|------------------------------------|--|
| III – O significado de humanização | 13 - Sensibilizar as relações 14 - Humanizar e ter relações pessoais humanizadas 15 - Humanização é acolher e atender melhor o usuário. 16 - Ter trabalhadores humanizados 17 - Falar e viver a humanização é difícil perante a ausência de cuidado ao trabalhador 18 - Respeito à individualidade do outro 19 - Aceitação do outro na sua diferença |

Falar “de” e “na” humanização requer a análise dos processos de trabalho em que estamos incluídos. A humanização não pode ser compreendida nas práticas de saúde sem considerarmos a análise do processo de trabalho, a análise das relações entre trabalhadores, gestores e usuários. No processo de trabalho em saúde, somos autores e protagonistas.

Humanização e processo de trabalho são indissociáveis. Para Onocko (2005, p. 579) “é sempre necessário não separar, nem dissociar a questão clínica das formas de organização do trabalho e sua [...] gestão”.

Uma prática de cuidado em saúde pode ser considerada humanizada quando não há a separação entre o modo de gestão e os modos de cuidado. Todos os componentes da força de trabalho de saúde não se alienam frente ao trabalho de outrem, pois reconhecem seu papel e a intercessão dele com os demais envolvidos no processo.

É visível o desencantamento dos trabalhadores com as condições de trabalho disponíveis. Estas refletem o modo pelo qual a organização “cuida” deles. E o juízo desses profissionais não se reflete em uma política de humanização no que tange aos trabalhadores. No entanto, eles compreendem que ações simples realizadas no seu processo de trabalho são ações humanizadas. A meu ver, o modo como trabalhamos tem relação direta também com os nossos projetos de vida, de felicidade, com o modo como compreendemos o sofrimento alheio.

Observa-se a seguir os DSCs que retratam o significado de humanização para os trabalhadores da saúde participantes deste estudo.

Humanizar o humano... é estranho. Seria sensibilizar a todos. São as relações pessoa-pessoa e o respeito também (DSC da IC13).

Eu acho que a humanização está ligada com relações pessoais, com o comportamento da pessoa, com a sua identidade (DSC da IC 14).

Alguns trabalhadores são mais humanos e acolhem, faz aquela questão de encaminhar pro local certo, outros não. Então eu acho que esta questão de

humanização seria sensibilizar o funcionário para ele atender melhor o usuário porque na verdade quem paga o nosso salário é o usuário. Estamos aqui com o intuito de servir a ele (o usuário) (DSC da IC 15).

Vou falar dizendo que para mim a humanização começa pelos funcionários para depois chegar até o usuário de forma efetiva e que funcione. Então, a partir dos colegas de trabalho. Que os colegas de trabalho antes de partir para uma briga, uma discussão, se conhecessem e mostrar para o colega quem ele [o trabalhador] realmente é! Então eu acho que tem que tá tudo muito bem. Tem que partir primeiro da humanização dos profissionais. Trabalhar primeiro com os profissionais. Se a gente quer trabalhar a humanização do atendimento, mas trabalhando já... Ah! Vamos fazer... botar televisão em todos os quartos, botar ar condicionado, né?! (DSC da IC 16).

A humanização é bem estar, meu e do paciente. Eu acho que é muito difícil. Falar de humanização é muito fácil. Agora você fazer e viver a humanização? Não somente o sujeito que tu atendes deve ser considerado cuidado humanizado. Se não fizer alguma coisa para o funcionário também não é humanizado. A humanização do SUS né, da saúde, deveria começar pela humanização das equipes pra depois as equipes humanizarem o cuidado! (DSC da IC 17).

Aceitação da individualidade do outro. O ideal seria tratar cada indivíduo com, como se fosse único para a humanização funcionar. Mas na prática não é possível, não dá! A unidade é muito grande, tem pouco funcionário. Aí fazer o quê? Coloca tudo junto e trata todo mundo da mesma forma. Assim não dá! Cada indivíduo é único, diferente, com suas necessidades e acaba ficando aquela coisa sem exceções. Hoje é uma questão tão diferente! As pessoas são muito capitalistas. Pensam apenas em bens, no que vai ganhar, do que realmente no processo, na relação humana. Como mudar isso? Como reverter? São valores. As pessoas não se envolvem nada, com relação à família, inclusive os médicos (DSC da IC18).

Eu acho que uma coisa importante para a humanização é a capacidade para se colocar no lugar do outro, é a empatia. É aceitar sua diferença e respeitar (DSC da IC 19).

Alguns dos desafios postos para essa discussão têm relação com a capacidade de produzir entendimento e com a capacidade de buscar nessas práticas de produção de saúde e cuidado um consenso, um plano de ação criativo e singular, mecanismos de ações do cuidado construídos coletivamente, reconhecendo o outro como legítimo.

Neste estudo, foi observado que o cuidado realizado é um cuidado sem possibilidade emancipatória, pois não há busca de consenso e, em alguns momentos, é visível o não-reconhecimento do outro. Chamo a atenção também para as desigualdades nas trocas comunicativas (relação de poder), o que será apresentado mais adiante. A aposta aqui é investir em plano-propostas que politizem o sujeito (trabalhador, gestor e usuário).

A humanização como um novo modo de fazer cuidado em saúde é com certeza um desafio, pois coloca os diferentes numa posição de lateralidade, para discutir esse conceito e a sua prática. É uma atitude inclusiva.

Possibilitar ao trabalhador da saúde exteriorizar suas potencialidades será permitir a ele expressar a criatividade e a arte no momento em que desenha sua história no mundo do trabalho (MARTINS; FARIAS, 2000-2002). Assim, a prática transcenderia o simples ato de fazer, pois o cuidado permeia suas ações na construção da humanização no trabalho em saúde. Interpreta-se, nessa perspectiva, a humanização como o exercício do cuidado aos seres em sua totalidade. O cuidado é humanizado quando ocorre aproximação da equipe com usuários e familiares, o compartilhamento de experiências capazes de valorizar e reconhecer a singularidade do outro pelo diálogo. É fundamental que haja uma mudança de comportamentos, pois para humanizar é preciso antes de tudo humanizar-se e para isso ocorrer há a necessidade de intencionalidades (NASCIMENTO, 2003).

Alguns trabalhadores relacionam humanização ao acolhimento. Acolhimento envolve o uso de atitudes, depende das relações estabelecidas entre os componentes da equipe de saúde. Acolher é priorizar o acesso dos sujeitos, como também a resolutividade nas ações; acolher demanda atenção, demanda o respeito ao outro em sua irredutível diferença.

Neste estudo, foi constatado certo equívoco teórico acerca da compreensão dos trabalhadores sobre o acolhimento. “O acolhimento, enquanto atitude de escuta crítica, também pode se prestar como via para que a integralidade se constitua como operador importante na gestão do cotidiano das ações e serviços de saúde [...]” (MEDEIROS; IUNG; COMUNELLO, 2007, p. 22).

O acolhimento deve contemplar as necessidades de cada setor, com respeito à diversidade. O acolhimento precisa ser construído na equipe, pois favorece a melhor participação dos envolvidos, desenvolvendo “uma maior autonomia por parte dos trabalhadores da área da saúde, por meio da participação na resignificação e reestruturação dos seus processos de trabalho” (MEDEIROS; IUNG; COMUNELLO, 2007, p. 23). Parece que os trabalhadores estão focando o acolhimento como um ato isolado no processo de trabalho. Não tomaram para si como uma porta de entrada para a humanização em todas as estruturas de saúde. O acolhimento é uma mudança paradigmática de modelo de atenção, na qual o usuário é o centro do processo, e não mais os trabalhadores ou a organização. Talvez por fazer essa incursão é que haja tantas resistências em sua implementação, o que, sem dúvidas, poderá retardar o estabelecimento da PNH no sistema de modo geral.

No quadro 5, é apresentada a relação que os trabalhadores fazem da humanização

com os investimentos feitos nos últimos anos em relação à estrutura física das instituições de saúde, em especial da investigada neste estudo.

Quadro 5: Humanização relacionada à alteração na estrutura física da instituição

| Tema | Idéia Central |
|--|---|
| IV – Ações de humanização com foco no trabalhador e, não apenas, na estrutura física | 20- Os investimentos feitos nas instituições não devem focar apenas a área física, mas também seus trabalhadores. |

Neste estudo, os trabalhadores fazem referência que a instituição está investindo em reformas, em ampliação de sua área física, na aquisição de equipamentos e materiais, com o intuito de humanizar a atenção ao usuário. Esses aspectos são imprescindíveis, pois um ambiente adequado terá relação direta com o trabalho ali realizado. Na pesquisa de Martins (2000), a autora constatou que a escassez de recursos materiais pode ocasionar sofrimento nos trabalhadores e interferir no desempenho deles. Isso se observa no DSC dos trabalhadores quando falam a esse respeito.

A humanização aqui no hospital ou em qualquer outro lugar é difícil. Porque não adianta ter uma unidade toda reformada, toda pintada com uma placa “aqui tem atendimento humanizado”. Se agente sabe que isso não existe. Olha para nós! Nem cuidados temos, às vezes até aparece um que se preocupa com os trabalhadores, mas este coitado não sobrevive aqui ou em outro lugar. O sistema não tem interesse nestas pessoas (DSC da IC 20).

Por hospital humanizado podemos entender “aquele em que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa valoriza e respeita a pessoa, colocando-se a serviço dela, garantindo-lhe um atendimento de elevada qualidade” (MATSUDA; SILVA; TISOLIN, 2003, p. 164).

Conforme Knobel (1994), o conceito de humanização é antigo, mas renasce para valorizar as características do gênero humano. Para que ele seja verdadeiramente recuperado, é necessária uma equipe consciente dos desafios que serão enfrentados e dos próprios limites a serem transpostos.

Para que a humanização na produção do cuidado em saúde aconteça no ambiente hospitalar, não são necessárias apenas transformações na estrutura física. É imprescindível mudar as pessoas, e isso é mais complexo, pois envolve transformação de comportamentos e atitudes, fazendo com que o profissional também se humanize frente ao usuário e sua família,

como sugere Boff (2001).

Para os trabalhadores, parece que a atenção que recebem da organização é mínima. Eles clamam por atenção. Por isso, a relação entre humanização e processo de trabalho volta novamente à discussão neste estudo.

O quadro seguinte apresenta o DSC dos trabalhadores sobre a importância da organização do trabalho para o processo de humanização.

Quadro 6: Finalidades da organização do trabalho realizado.

| Tema | Idéia Central |
|----------------------------|---------------------------|
| V- Organização do trabalho | 21 - Trabalho cooperativo |

Ao discutirmos a relação e a importância do trabalhador na organização e execução do trabalho em saúde, os trabalhadores admitem a sua importância no trabalho vivo em ato¹⁷ e no trabalho morto¹⁸ como expresso no DSC a seguir.

A partir do momento que eu deixo o material adequado para o uso. Material limpo, estéril, limpo. Quando eu vou pegar o material ou entregar, se levo [o material] organizado vou facilitar o trabalho do colega. Eu acho que isso também faz parte da humanização, tá pensando no outro, não é? Tentar sempre organizar tudo para que o plantão seguinte tenha condições de trabalhar (DSC da IC 21).

Nesse discurso, fica evidente que as atividades realizadas pelos trabalhadores confirmam a preocupação deles com a continuidade do trabalho, com a garantia de que o ato assistencial tenha prosseguimento.

O ato assistencial, em si, envolve um trabalho do tipo profissional, isto é, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir ao indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo,

¹⁷ O trabalho vivo em saúde, em ato, não pode, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguirmos aprender a interrogá-lo, a duvidar do seu sentido e a abrimo-nos para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano; com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente (MERHY, 1997).

¹⁸ Trabalho morto é o trabalho instituído, é um trabalho dado, ofertado, que entra comandando uma parte da atividade produtiva e criativa do trabalhador. O trabalho morto pode capturar o trabalho vivo em ato, de modo que ele possa não conseguir exercer nenhuma ação de forma autônoma, ficando completamente amarrado pela lógica do trabalho morto, expressa por algumas das dimensões tecnológicas. Portanto, existe a possibilidade do trabalho vivo em ato poder estar, ou não, sendo instituído plenamente pelo trabalho morto (NASCIMENTO, 2003; MERHY, 1997).

curativo ou com o objetivo de reabilitação, quando o indivíduo ou grupo social não pode fazer por si mesmo ou sem essa ajuda profissional (PIRES, 1998, p. 159-160).

Esse ato assistencial desenvolvido pelos trabalhadores deve ser um ato coletivo, pensado e estruturado nos diferentes grupos profissionais, cuja finalidade é o desempenho de atividades integrativas. O conjunto dessas atividades resulta na organização do trabalho. No entanto, neste estudo, foram detectados fatores que interferem na integração das várias profissões e ocasionam desgaste nos trabalhadores.

No quadro 7, esse desgaste é mais bem explicitado pelas ICs obtidas nos DSCs dos trabalhadores.

Quadro 7: O olhar dos trabalhadores sobre o processo de trabalho em saúde

| Tema | Idéia Central |
|--|--|
| VI – Fatores que ocasionam desgaste no processo de trabalho em saúde | 22 - Pouco envolvimento dos trabalhadores com os usuários em virtude do duplo emprego 23 - Duplo emprego interfere no desempenho das ações 24 - Escassez de recursos humanos e materiais |

No processo de trabalho em saúde, sob a ótica da teoria marxista, podemos afirmar que nosso objeto de trabalho são os indivíduos ou grupos sadios, com doenças ou expostos a algum risco, e que necessitem de intervenções curativas, de prevenção, preservação ou de reabilitação da saúde. A força de trabalho é o conjunto dos profissionais (trabalhadores) da área da saúde nas suas diversas atividades e áreas e com diferentes graus de autonomia. Como instrumental de trabalho temos as tecnologias duras (instrumentos, equipamentos, materiais), as tecnologias leve-duras (condutas que representam o nível técnico de conhecimento, que é o saber em saúde) e as tecnologias leves ou relacionais. Assim, a finalidade de nosso trabalho é a ação terapêutica de saúde. Porém, apoiada pelo referencial teórico da PNH (que é um dos instrumentos do processo de trabalho), ressalto que a finalidade do trabalho em saúde é a produção de vida e saúde, é a inclusão de seus agentes em todo o processo mediado principalmente pelo protagonismo e pela autonomia.

O indivíduo trabalhador da saúde atua com complexidades diversas, o que lhe qualifica como um trabalhador especializado. A permanência no seu mundo de trabalho está diretamente atrelada, não somente ao esforço individual, como também às lutas coletivas organizadas dos trabalhadores, no embate do capital contra o trabalho. Além disso, esse

trabalhador tem a capacidade de reorganizar-se no setor produtivo, por causa das mudanças impostas pelas estruturas tecnológicas disponíveis. Mas estas, em nosso entender, devem ser carreadas, sempre, com as tecnologias relacionais que, certamente, possibilitam que as ações dos trabalhadores de saúde venham a convergir com o objeto de seu trabalho. Manter trabalhadores alienados e dissociados do processo de produção de serviço, de um modo geral, poderia ser interpretado como a negação do trabalho coletivo ou a negação de sua subjetivação.

Por subjetivação, entende-se

os processos de constituição da subjetividade. Nesta perspectiva, a subjetividade não se confunde com uma transcendência, um já-dado, um em-si, um já-aí. São processos que tanto construirão objetos, quanto conformarão modos de existir. Quando nos referimos, portanto, a modos de *subjetivação*, os estamos tomando em seu sentido, isto é, enquanto maneira pela qual, a cada momento da história, prevalecem certas relações de poder-saber que produzem objetos-sujeitos, necessidades e desejos (BARROS, 2003, p. 27).

O modo de subjetivação é o processo de constituição da subjetividade, o modo de existir. Cada momento histórico produz relações de poder-saber que produz objetos-sujeitos, necessidades, desejos (BARROS, 2003). O estímulo à diferença, à individualidade, aumenta a competitividade no trabalho. Tal competitividade marca a identidade individual do sujeito que valoriza o seu desempenho, fazendo com que o trabalho deixe de ser cooperativo.

Em nossa realidade, a grande maioria dos trabalhadores tem dois vínculos empregatícios. Essa situação provavelmente é gerada pelas precárias condições de remuneração. Neste estudo, ficou evidente que o duplo emprego contribuiu para o distanciamento nas relações entre trabalhadores e usuários. Os DSCs a seguir exemplificam essa questão.

A gente da enfermagem ainda se envolve mais. Mas a pessoa geralmente tem dois, três, empregos. Querem ter uma casa, depois casa na praia, um bom carro. E falta então um pouco de tempo para ter essa relação com o paciente ou mesmo com o colega. É uma coisa global [...] do mundo capitalista. Os objetivos materiais são muito presentes (DSC da IC 22).

Assim, os colegas sempre estão cansados do outro emprego. Algumas coisas do nosso paciente te desgastam tanto e você está também cansado do outro emprego. Na tua casa mesmo você tem problemas porque não pára em casa. Está sempre trabalhando e ainda tem que aturar os pacientes. É como se você fosse virando um robô com o tempo! (DSC da IC 23).

A UTI tem capacidade para cinco leitos. O sexto leito, diz a chefia da UTI, é

somente para pós-operatório [...], mas... sempre abre o sexto leito. Não tem funcionário, não tem estrutura... não tem como atender. O sexto leito não existe. Isto é contra a humanização. Às vezes você tem dois funcionários e dizem que vai internar paciente. Tem que internar! Ai, quem decide quem interna ou não interna? É complicado! Como humanizar assim? O teu trabalho não é valorizado, não reconhecem o que você faz, alguns médicos não respeitam tua opinião. Parece que o que tu diz muitas vezes não é valorizado, principalmente pelos médicos. Ai, você é obrigado a virar mesmo um robô. (DSC da IC 24).

Alguns trabalhadores manifestam o descontentamento pelo não-reconhecimento do trabalho realizado. Enfatizam que são desrespeitados por profissionais da área médica. Além disso, têm que conviver com os poucos recursos humanos e/ou materiais, que são insuficientes para a garantia de um cuidado de qualidade.

O não-reconhecimento do trabalho realizado é fator gerador de sofrimento no trabalho, pois a autonomia e a participação do sujeito trabalhador são anuladas ou não são valorizadas, gerando insatisfação ou sofrimento.

A sobrecarga de atividades, por vezes, faz com que os trabalhadores não utilizem tecnologias relacionais. O tocar o usuário passa a ser um ato mecânico, desprovido de qualquer outro mecanismo que propicie o estabelecimento de uma relação de escuta. Assim, agindo mecanicamente, os trabalhadores parecem afastar-se do objeto de trabalho e, muitas vezes, replicando esse modelo mecanicista, afastam-se daqueles para os quais as atividades institucionais deveriam ser empregadas. O espaço das tecnologias relacionais é suprimido pelas tecnologias duras e leve-duras. Obviamente, estas podem e devem estar presentes, entretanto, a hegemonização delas é que faz com que usuário e trabalhadores afastem-se de uma relação terapêutica.

A autonomia e o protagonismo são alguns dos princípios da PNH, juntamente com a transversalidade e a inseparabilidade entre a atenção e a gestão nos processos de produção de saúde (BRASIL, 2006). A autonomia requer responsabilidade para com o outro, princípio este negado aos trabalhadores deste estudo. Para Campos (1997, 2000), a autonomia é a capacidade de compreender e de agir sobre si e sobre o contexto, com protagonismo, reflexão e compromissos com outros.

Neste estudo, pude perceber que o prazer da sensação de inclusão, de compartilhamento, de pertença a determinado grupo, proporcionado pelo trabalho, está sendo negado em virtude da anomia dos trabalhadores. Essa situação reflete-se, obviamente, na organização do trabalho.

No quadro 8, é apresentada a organização do trabalho no EASH, pela ótica dos trabalhadores.

Quadro 8: Como os trabalhadores avaliam o modo de organização do trabalho no EASH

| Tema | Idéia Central |
|-----------------------------|--|
| VII - Decisão é da medicina | 25 – A organização do nosso trabalho é concentrada na decisão da medicina. |

A organização parcelar do trabalho impede os trabalhadores de verem ou participarem de todo o processo de produção de vida, de saúde.

A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização e o trabalho fracionado fazem que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Dessa forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso como resultado de seu trabalho (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003, p. 53).

Posso afirmar que o modo como o trabalho está organizado, neste contexto investigado, favorece a inexistência da PNH, pois é negada qualquer possibilidade de inovação ou mudança. Os fracos vínculos estabelecidos entre os produtores de vida e saúde favorecem o distanciamento entre eles, fragmenta o trabalho. Isso pode ser observado nos DSCs a seguir.

Eu ouvi certa vez um médico da UTI falar assim: a enfermagem tem que se conformar! Para a medicina, nós da enfermagem, somos apenas massa, mão-de-obra! Esquecem que somos pessoas. Técnico de enfermagem não pensa, apenas tem que aceitar ordens e cumprir tarefas. Eu tenho a impressão de que não é só a equipe! Tem que trabalhar o corpo médico (DSC da IC 25).

Esse discurso clama pela alteração do modo de trabalho e, em especial, pelo reconhecimento de todos os profissionais. Suscita a necessidade de revisitarmos as práticas de saúde e propormos mudanças significativas. A PNH convoca seus atores à participação, à horizontalidade, ao trabalho em equipe, à lateralidade na comunicação e à democratização nas decisões, dispositivos estes negados aos trabalhadores deste estudo.

No quadro 9, é apresentado como os trabalhadores percebem o modelo atual de trabalho na instituição.

Quadro 9: O modelo atual de trabalho na instituição

| Tema | Idéia Central |
|--|---|
| VIII – Necessidade de alteração do modo de produção do trabalho em saúde | 26 - Reuniões freqüentes com toda a equipe de trabalhadores 27 - Necessidade de integração |

Nos discursos a seguir, são relatadas diversas intervenções necessárias para mudar o processo de trabalho.

Não deveria ser só uma reunião e falar sobre humanização. Eu acho que deveria ser assim, reuniões contínuas depois né, como multiplicadores mesmos. Que fosse feito assim não sei, uma vez por semana, uma vez por mês, que não morresse, que as pessoas falassem sobre isto pois ajuda.. Não deveria ser apenas uma reunião para falar de humanização, deveria ser discussão contínua entre todos (DSC da IC 26).

Trabalhos em equipe, dinâmicas de equipe, isso ajuda a integrar as pessoas. Ajudaria a melhorar o nosso trabalho (DSC da IC 27).

O mundo do trabalho constantemente nos coloca desafios. Se a mudança é possível é porque é possível a produção de novos sujeitos. No mundo do trabalho, a produção dos sujeitos é, ao mesmo tempo, um lugar de captura e um lugar da fuga. Por isso, não há como intervir nesse cenário sem alterar o modo como o processo de trabalho é realizado.

Se analisarmos o conceito de trabalho sob um novo olhar, o da PNH, devemos acreditar que esse trabalho oferece e propicia a produção do sujeito e possibilita desenvolver a idéia de co-responsabilidade, de co-gestão. Assim, uma nova concepção de trabalho convoca os trabalhadores a refletirem sobre a sua prática e a construção de processos coletivos de intervenção.

Merhy (2008) afirma que a construção da captura convive com a construção das fugas. Desse modo, é possível pensar mudanças, pensar em desafios. Um dos desafios muito referidos pelos trabalhadores deste estudo é a integralidade no cuidado em saúde.

Quadro 10: Integralidade no cuidado em saúde

| Tema | Idéia Central |
|-------------------------------|---|
| IX - Integralidade no cuidado | 28 - Necessidade de romper com a fragmentação no cuidado 29 - Valorização e respeito às diferenças |

No trabalho em saúde, a interação é algo necessário, como a troca de saberes, a valorização dos seus agentes. Nos DSCs a seguir, percebe-se a negação dessa valorização como uma urgente necessidade de romper com a fragmentação do trabalho.

Temos que quebrar certo tabu. Não ir lá e atender o HIV, a tuberculose, mas sim o João, Maria, o Pedro. Porque com o Pedro vem a família, aquele conflito social que vai junto com ele. O paciente. Tu não trata só o paciente. Tu o trata, o psicológico e a parte social dele. Eu vejo que aqui no hospital o que se traz junto com o paciente é o problema social. O paciente chega com uma patologia, e, junto com esta, vem toda uma parte social pra ser tratada. Eu acho que na verdade é o contrário: vem toda uma questão social trazendo o paciente. Só que cuidamos da doença e esquecemos o resto (DSC da IC 28).

Saber valorizar o paciente conversar, explicar, brincar. Fazê-lo comer bem, respeitar os costumes dele, porque ele tem os costumes dele. Fazer a vontade dele para a melhora dele, não adianta dar qualquer coisa e ele não melhorar. Fazer a vontade dele primeiro (DSC da IC 29).

Reconhecer nossa insuficiência como sujeito é também buscar outras formas de minimizar as diferenças, é a busca da integralidade no cuidado, é aceitar o diferente com suas diferenças.

Conforme Gomes et al (2007, p. 35), “a integralidade é engendrada em meio a relações de legitimação do outro. Ela nunca se dá antes ou fora dessa rede relacional. É somente ao agir que se produzem práticas de integralidade em saúde. No agir com o outro”. Para este agir é importante o uso das tecnologias relacionais.

Quadro 11: O uso das tecnologias relacionais pelos trabalhadores

| Tema | Idéia central |
|--|--|
| X - O uso das tecnologias relacionais no trabalho, em especial, as preconizadas pela PNH | 30 - Protagonismo no processo de trabalho 31 - Transferência do problema 32 - Acolhimento como modismo 33 - Vínculo com paciente é estabelecido 34 - Dificuldades de estabelecer vínculo com trabalhadores 35 - Conflitos nas relações interpessoais 36 - Gestores como mediadores 37 - Escuta inadequada 38 - Realização rotineira de tarefas – cumprir funções |

Barros e Pereira (2006) afirmam que nas políticas públicas de saúde a humanização diz respeito à transformação dos modelos de atenção, indicando a necessidade de (re)construir novas relações entre trabalhadores, gestores e usuários. Assim, falar em humanização para Barros e Pereira (2006) é desenvolver práticas de saúde concretas e comprometidas com a vida, com a produção de saúde e de sujeitos. Cuidar do usuário reflete, também, nas condições existentes no processo de trabalho em saúde que possibilitem ao trabalhador ter condições adequadas para realizar seu trabalho. Neste estudo, ficou evidente a necessidade do uso das tecnologias relacionais para alterar o modo de produção do cuidado, como também a pouca oportunidade para a inclusão dos agentes protagonistas do trabalho em saúde.

Então... talvez eu não seja tão protagonista porque eu ainda tô observando. Estou aqui há apenas três meses, mas tem espaço. Tem a reunião do grupo de enfermeiros. Aqui todo mundo fala, fala mesmo. Hoje eu consegui ver isso [o protagonismo]. As meninas novas [funcionárias], elas valorizam muito a gente que está aqui há algum tempo. Pedindo, chamando. Eu já senti na pele o que elas passam quando chegam num serviço novo. Já vivi o que elas estão vivendo. Hoje eu consigo ver a importância de ter uma pessoa há mais tempo dentro da UTI, porque tem mais experiência. Neste momento, que elas chamam, você vai lá auxiliar, ensinar, elas são bem flexíveis, elas respeitam a opinião, sabe! Elas também têm abertura para opinar e dizer o que pensam! (DSC da IC 30).

Humanizar é valorizar o ser humano em suas potencialidades e criar dispositivos para que a produção da saúde atenda às necessidades de ambos (trabalhador e usuário). Humanizar o trabalho em saúde é permitir a transversalidade nas ações, a coresponsabilidade, o protagonismo, mudar comportamentos, atitudes, o modo de cuidar. Humanizar é permitir o protagonismo dos envolvidos, é produzir vida, sair da posição de assujeitamento, reinventando possibilidades, sendo sujeito singular e coletivo.

O cuidado, quando desprovido dessas ações, torna-se massificado, dificulta ou impede o sujeito de aventurar-se na criação ou, ainda, leva-o a não valorizar as diferenças existentes em cada ser. Humanizar o cuidado é possibilitar as outras condições para usar as tecnologias relacionais. O uso dessas tecnologias pode operar mudanças significativas, pois elas tendem a potencializar a criatividade de cada ser. Para tal ato, é indispensável o encontro. O encontro entre os diferentes. A diferença é negada em algumas situações observadas neste estudo, o que já poderia ser previsto, visto que a organização do trabalho é um impeditivo dela.

Eu tenho a impressão que as pessoas se dão bem. Se falam bem. Existe distância entre algumas categorias profissionais. Quando eu trabalhava na unidade de internação era assim: fulano A e fulano B não se dão bem, têm problemas de relacionamento. Aí diziam que eu tinha que ir para aquela unidade, pois tinham que tirar um de lá. Transferem o problema. A primeira medida é transferir o funcionário quando tem problema de relacionamento ou trocar de turno (DSC da IC 31).

A PNH (2004) aponta eixos norteadores que devem ser observados para que as ações de cuidado sejam humanizadas, como: valorização da dimensão subjetiva e respeito; fortalecimento do trabalho em equipe; construção de redes comprometidas com a produção de saúde e produção de sujeitos; protagonismo e autonomia; co-responsabilidade; participação; democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde.

Abaixo, observam-se os discursos dos trabalhadores que contradizem o que preconiza a PNH.

Em alguns lugares parece que o acolhimento virou SAC, Serviço de Atendimento ao Consumidor. Você vai falar lá! Ouvindo as queixas do usuário e tentar resolver os problemas. O trabalhador às vezes confunde. Ah! Eu estou fazendo acolhimento! (DSC da IC 32).

A gente cria vínculo porque as nossas internações aqui são longas. Eles ficam muito tempo. Na Tisiologia mesmo [Unidade de Tisiologia] a internação é longa demais. O usuário não pertence à equipe, ele é externo. Acho que por isso é mais fácil! Acho que é a palavra competição. O usuário não compete com a gente aqui dentro (DSC da IC 33).

Às vezes os problemas pessoais também impedem a aproximação e dificulta a criação de vínculos. Além disso, tem outro fator muito importante. Trabalhar e não gostar do que faz! Tem muitas pessoas infelizes, que não gostam do que fazem. É uma pena isso. Pois é muito legal, é muito gostoso trabalhar quando você tem uma equipe entrosada. Eu gosto de vir trabalhar. De encontrar meus parceiros. Agora tem a questão também de você respeitar teu colega. Então tem que enfrentar as dificuldades, trabalhar lado a lado, sei lá! Tem coisas que não depende somente da gente, de você! Se você vem com problemas de casa, por mais que você tente, você não

consegue esquecer. Não tem como separar. Mas se tu chegas, mesmo com problema e o pessoal está ali, todo mundo legal, brincando, te ajuda. Você começa a sentir-se melhor aos poucos e vai se contagiando com o passar das horas! Agora, caso aconteça o contrário, aí sai de perto, pois somente vai piorar tua situação! Se eu não estiver legal para trabalhar, vou ficar mais não vai ser bom. O meu comportamento influencia na minha atuação! (DSC da IC 34)

Para humanizar o trabalho em saúde e seus agentes (trabalhadores, gestores e usuários) é vital o compartilhamento de saberes, o respeito a cada profissão, o trabalho em equipe, o uso de tecnologias relacionais e o protagonismo de todos os envolvidos.

O protagonismo dos profissionais passa a exigir dos mesmos um esforço de engajamento pessoal - e, portanto, singular – com uma atuação pautada em valores de compromisso, co-responsabilidade e solidariedade (PINHEIRO, BARROS, MATTOS, 2007, p. 12).

O tema do uso das tecnologias relacionais não deve ser reduzido ao par (um a um) no mundo do trabalho, pois este é um território produtor de diferenças, que dependem do modo como o encaramos, exigindo assim uma re-significação desse mundo.

As relações interpessoais existentes entre trabalhador, gestor e usuário observadas neste estudo necessitam ser alteradas. Tal necessidade

visa a tematizar a construção de equipes integradas com base na mudança das práticas de saúde e dos valores subjacentes, percorrendo uma trajetória que transita da fragmentação, hierarquização, trabalho individualizado e paroxismo instrumental, à integração, democratização das relações de trabalho, integralidade e cuidado em saúde (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007, p. 17).

A relação entre os envolvidos no processo de produção de vida e saúde não pode ser assimétrica, pois a assimetria não afirma o outro como legítimo. A alternativa poderia ser o encontro legítimo entre os envolvidos. Pois, nesse encontro, ocorre o compartilhamento de todo o processo de trabalho. Entretanto, cabe salientar que aquilo que fazemos da proposta de humanização como política, usando as tecnologias relacionais, em especial a comunicação, não pode ser reduzida a um simples encontro entre pessoas.

Na relação profissional também! Entre os profissionais. Não é só a relação paciente-profissional! É a relação também, entre a gente também né? Às vezes é bem complexa a relação. O diálogo ocorre, mas na decisão é monólogo (DSC da IC 35).

Mas como você acha que o trabalhador se sente não sendo ouvido? Eu falei com o médico, expus a situação e nada! A gente sabe que o paciente sai

daqui e vai usar droga. O paciente sai de manhã daqui e volta no final da tarde bêbado! A gerência sabe disso, leva para o diretor e não é feito nada! Mas o funcionário tem que saber que alguém está fazendo alguma coisa! (DSC da IC 37).

Às vezes levam o funcionário para a sala da gerência, levam os dois e colocam cara a cara para resolver ali na frente da gerente o problema. É ridículo isso! Cada um fala uma coisa se achando o certo e piora mais ainda a situação!! A saída é conversar isoladamente com cada um. O gestor deve ter um papel de mediador. O gestor sempre toma o partido de um! Se tu chamas o enfermeiro que está ali na hora e ele chama na hora para conversar pode resolver. Agora depois de dias, para quê? O que vai adiantar? Tem pessoas que não me conhecem, eu entrei hoje aqui e vejo coisas erradas, mas eles trabalham juntos há três anos, vão ficar tudo contra mim! (DSC da IC 36).

Alguns trabalhadores afirmam que não optaram por trabalhar em determinada unidade da instituição, foram designados sem que conhecessem as especificidades do setor/unidade. Tal ato pode interferir na realização do trabalho desenvolvido, em virtude dos trabalhadores não possuírem domínio sobre determinada função ou por desconhecerem as finalidades das unidades para as quais foram lotados.

A rotatividade de pessoas nas diversas unidades do EASH também contribui para que o vínculo não seja estabelecido entre os trabalhadores. No entanto, aceitam essa condição imposta devido ao número reduzido de trabalhadores, ao excesso de atividades a serem desenvolvidas ou, ainda, por necessidades financeiras, para garantir o pagamento de Hora Plantão¹⁹ (HP). Essas situações descritas também foram identificadas em estudo feito por Lopes et al (2007).

Muitos trabalhadores buscam outros locais no mesmo EASH para trabalhar. Existe, portanto, uma necessidade de que a instituição possibilite mecanismos que atendam a essas movimentações. Estas, por sua vez, certamente, criariam um clima de satisfação dos trabalhadores, desde que fossem negociadas por todos, num processo de lateralidade saudável, em especial, se esta movimentação tiver por interesse central melhorar as condições de atenção aos usuários.

O ser humano, em todas as suas atividades, tende a buscar novos rumos e objetivos profissionais e pessoais. O mundo é uma unidade aberta e indefinida em que eu estou situado, meu corpo é movimento em direção ao mundo, e o mundo ponto de apoio ao meu corpo. Assim, posso a cada momento interromper meu projeto de vida, mas ao mesmo tempo tenho o poder de começar outra coisa, porque não permaneço nunca suspenso no

¹⁹ A Hora Plantão é um mecanismo de pagamento fixo de horas extras executadas mensalmente pelos trabalhadores.

nada. Associados ao desejo de trabalhar na assistência direta, surgem sentimentos como a vontade de transferir-se para outras unidades hospitalares (LOPES, 2007, p. 680).

Neste estudo, foi observado o contrário. Os gestores é que fazem uso desse aspecto de transferência do trabalhador na tentativa de “resolver problemas”. Tal atitude unilateral pode gerar insatisfação em outros componentes da equipe, pois tendem a sentir-se desvalorizados, principalmente se o “trabalhador com problema” é transferido para setores mais tranquilos do hospital, cujo fluxo de atividades é menor se comparado com outros.

A desvalorização do trabalhador leva ao sofrimento no trabalho.

O desconhecimento, a desvalorização e a discriminação apontada por estes trabalhadores são alguns dos aspectos responsáveis pela insatisfação profissional. Eles sentindo-se depreciados nas suas atividades laborativas almejam ser reconhecidos e valorizados pelo trabalho que desenvolvem (LOPES, 2007, p. 680).

As angústias vivenciadas no dia-a-dia de trabalho, o acúmulo de funções e o número reduzido de trabalhadores podem favorecer a realização de um trabalho desprovido de emoções. Isso pode ser observado na IC do trabalhador a seguir:

A gente vai se tornando um robô. Tem que fazer as coisas. Fazer simplesmente, não importa como (DSC da IC 38).

A robotização do trabalho, o realizar atividades apenas por realizar, o desprovimento de emoções pode contribuir para o sofrimento dos trabalhadores. O trabalho assim realizado, “torna-se rotineiro, monótono e fragmentado, com um grande número de atividades a serem realizadas com urgência, rigor e responsabilidade, exigindo desses trabalhadores equilíbrio físico e mental no desenvolvimento de suas atividades laborativas” (LOPES et al, 2007, p. 676). Como se não bastasse a sobrecarga de trabalho e o número reduzido de trabalhadores, eles enfrentam, inclusive, a convivência com diversos riscos, por causa das doenças que acometem os usuários ali hospitalizados.

Os trabalhadores enfatizam a relação estreita entre o cuidado que recebem e a necessidade de serem, também, cuidados e respeitados, para que possam cuidar usando os dispositivos, ferramentas e diretrizes da PNH.

Quadro 12: Cuidado ao trabalhador da saúde

| Tema | Idéia Central |
|-----------------------------|---|
| XI – Cuidado ao trabalhador | 39 - Trabalhadores da saúde não são tratados com humanização. 40 - Impor modos de cuidados |

Nos discursos a seguir os trabalhadores solicitam para eles também atenção, cuidado, respeito, valorização.

Também quando o trabalhador não é tratado com humanização ele não vai cuidar humanizado. Eu concordo com ele! Você tem que estar bem para tratar bem! Isso mesmo (DSC da IC 39).

Mas espera um pouco... A gente não é pago para cuidar? As pessoas têm culpa se a gente não está bem? Se a gente não ganha bem? Se estamos infelizes? Quem sabe a política podia impor então como atender (DSC da IC 40).

A necessidade apontada pelos trabalhadores de serem tratados com respeito e valorização faz emergir o sentimento de que ali estão seres de relações, seres de possibilidades, seres que necessitam de cuidados, de escuta, de diálogo, de vínculos, de encontros efetivos. Trabalhadores que solicitam serem incluídos no processo de trabalho em saúde, para poderem desenvolver todo o seu potencial relacional.

B - Análise dos discursos dos gestores

Início a apresentação dos discursos dos gestores, explicitando a percepção deles sobre a PNH.

Quadro 13: Conhecimento dos gestores sobre a PNH

| Tema | Idéia Central |
|---------------------------------------|--|
| I – Conhecimento da PNH para gestores | 1 - Programa que foca as relações no trabalho 2 – Gestores não conhecem as diretrizes da PNH. 3 - Gestores interpretam a PNH como uma política que deve oferecer as condições para mudanças necessárias na saúde. 4 - PNH é sinônimo de Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). |

Quando foi questionado aos gestores o seu conhecimento sobre a PNH, as respostas

emitidas foram semelhantes às fornecidas pelos trabalhadores da saúde e pelos usuários também. Abaixo o DSC dos gestores.

É um programa do MS que tem como foco o relacionamento com o paciente, o relacionamento com os funcionários (servidores). Este programa aborda a relação gestores, pacientes e funcionários para melhorar as relações das pessoas. Parece que os gestores não sabem diferenciar se é uma política ou um programa, talvez ainda refletindo sobre o modelo de gestão por programas estanques. Mas, também, pode ser desconhecimento da própria política de fato (DSC da IC 1).

É uma nova forma de trabalhar? Seria uniformizar o cuidado? Não! Eu não conheço nada da PNH. Uma vez em uma aula do curso de gestão [pós-graduação] foi falada alguma coisa sobre esta PNH. As coisas que vi ou li, eu baixei da internet. Não vai ser uma política que vai mudar o jeito de agir das pessoas (DSC da IC 2).

Se a política quer que mudemos o jeito de cuidar não deveria dar as condições para estas mudanças? (DSC da IC 3).

Fomos convidados para participar do Grupo de Humanização e eu realmente não entrei. Não gosto de atuar muito em grupo e a política é implantar o GTH²⁰ (DSC da IC 4).

Interpretando esses discursos, percebo o quanto é importante que a PNH seja compreendida como um conjunto de processos, dispositivos e instrumentais que possibilite a análise e qualificação das ações nos processos de produção de saúde, através da “lateralização” de trabalhadores, gestores e usuários. Porém, parece haver uma certa resistência dos gestores a respeito da implementação dessa política. Em especial, porque se afirma sobre condições que não são ofertadas para que ela seja implementada.

Isso corrobora com a concepção de que a PNH não deve ser uma política estanque e nem um fim em si mesma. É pertinente, portanto, que haja um esforço por parte dos governos federal, estadual e municipal para a implementação de ações junto aos gestores de serviços e organizações. Estes são pólo importante na definição e implementação de políticas, em especial, porque os modelos de gestão nos EASH continuam a ser verticalizados. Assim, o gestor assume um papel fundamental na implementação da PNH.

Os gestores, muitas vezes, são referências nas organizações e, portanto, podem colaborar na implementação da PNH de forma concreta. Se os gestores facilitassem ou flexibilizassem o processo de trabalho de saúde nas organizações, provavelmente, a PNH e tantas outras políticas de saúde poderiam ser implementadas de forma efetiva.

²⁰ Grupo de Trabalho de Humanização.

Em um estilo de gerência baseado no diálogo, na escuta e na comunicação eficiente, com atitudes atenciosas e de respeito com a dignidade dos indivíduos, os gestores podem contribuir para a dissipação de modos inadequados de ser e agir em saúde. A PNH surge nesse cenário controverso como possibilidade de mudança, pois coloca os diferentes em posição de lateralidade e, assim, convoca todos os envolvidos para a roda de discussão.

Um dos objetivos dos gestores é gerir o processo de trabalho. Para Bonaldi et al (2007, p. 67)

trabalhar é gerir. Chamamos de gestão do trabalho a capacidade dos trabalhadores de gerir processo que denominamos atividade de trabalho. Trabalhar exige gestão. Neste sentido, o trabalho em equipe na saúde requer a gestão de um saber comum orientado por valores éticos que norteiam escolhas coletivas e potências formativas (não isentas de conflitos) na efetivação da integralidade da atenção e do cuidado em saúde.

Portanto, gerir o trabalho em saúde é buscar espaços de intervenção coletivos. Espaços que possam afirmar a PNH como uma política de inclusão e de transformação do modo de ser e de agir dos trabalhadores, gestores e usuários, em relação ao modelo de atenção à saúde vigente.

Operar mudanças nesse cenário pode começar com o envolvimento dos gestores “[...] na construção de práticas de cuidado na direção ética do SUS que queremos” (LOUZADA; BONALDI; BARROS, 2007, p. 47) e de um SUS que já dá certo em muitos locais. Uma possibilidade posta pela PNH e que já aponta resultados satisfatórios, em algumas instituições hospitalares, relaciona-se com o direito à acompanhante e à visita aberta. No entanto, neste estudo, ao tematizar essa questão no grupo de gestores, os DSCs nos apontam outra realidade.

Quadro 14: A visita aberta

| Tema | Idéia Central |
|---|---|
| II - O direito à acompanhante e à ampliação da visita | 5 - Estipular critérios 6 - Resistência de alguns profissionais 7 - Áreas físicas inadequadas |

Por meio dos DSCs a seguir, são expressas as dificuldades encontradas pelos gestores para a ampliação da visita e a possibilidade do direito à permanência de acompanhante durante a hospitalização do usuário.

Se agente ampliar a presença de acompanhante no hospital, como vamos

trabalhar? A gente tem que estipular critérios para definir quem fica. Não dá para agradar todos! (DSC da IC 5)

Eu vejo que a maior resistência para ficar acompanhante é da enfermagem! Os médicos às vezes pedem a presença de alguém da família! Devemos mudar algumas coisas para isso ocorrer. Temos que pensar em coisas possíveis de serem feitas e estimular este povo todo! (DSC da IC 6)

Nossa área física é totalmente imprópria. Às vezes pra liberar acompanhante tem que bloquear leitos no hospital. A estrutura do hospital é muito antiga. Nem banheiro pra acompanhante a gente tem (DSC da IC 7)

É importante destacar o que é perceptível para quem convive na organização onde o estudo foi desenvolvido: existe uma dificuldade enorme em implementar a visita aberta e o direito do usuário a ter acompanhante. Esses são alguns dos dispositivos, entre tantos, que já estão em franca experimentação em diversas instituições e que têm apontado para a necessidade de que sejam generalizados em todo o SUS. Porém, é óbvio que existem entraves, objetivos, para a implementação de tais dispositivos, tais como: áreas físicas reduzidas e a resistência de alguns trabalhadores da saúde em implementar novas modalidades de atenção à saúde.

Para que a PNH venha a ser implantada na instituição, os gestores apontam a necessidade de um trabalho coletivo. Assim, a construção de intervenções coletivas pode ser o começo para que ocorram as mudanças indicadas no parágrafo anterior. É importante destacar que o trabalho coletivo é uma das diretrizes/dispositivos da PNH. Portanto, no quadro seguinte, aponto os discursos dos gestores referentes a esse tema.

Quadro 15: Trabalho coletivo

| Tema | Idéia Central |
|---|--|
| III - Trabalho coletivo para efetivar a PNH no hospital | 8 - Dificuldade para instituir ações de intervenção 9 - Necessidade de um trabalho coletivo |

Nos discursos a seguir, é reafirmada pelos gestores deste estudo, a importância de um trabalho coletivo a ser desenvolvido no EASH.

Todo começo é difícil. Agora quais as ações devem ser feitas é um problema. Acho que programar e avaliar as ações podem ser o começo. Não existe fórmula. Se alguém tiver uma fórmula mágica aí, que passe, por favor! (DSC da IC 8).

Tem que ter um trabalho coletivo. Começar a trabalhar, valorizar a instituição, o trabalhador, os valores de cada pessoa que trabalha aqui! Temos alguns objetivos, a empresa tem os dela. O que pode ser bom para mim pode ser bom para a empresa também. Então devemos tentar! Muitas pessoas acabam ficando aqui, porque aqui é a casa delas. Então acaba ficando aqui! Se fica então valeria fazer espaços mais abertos. Abrir este espaço então para se estar discutindo estas questões. Eu vejo esta questão mais participativa na hora que a gente abre este espaço para a pessoa participar! (DSC da IC 9).

Existe uma tendência, como é observado numa das ICs anteriores, de que os gestores busquem “modelos prontos” para implementar a PNH. Mas essa não é a metodologia adequada para que possamos construir essa política numa organização. Para efetivarmos a PNH, temos que valorizar a cultura local e, em especial, destacar a importância de fazer-se uma mudança consciente, construída coletivamente, por todos os sujeitos usuários, trabalhadores e gestores.

Entretanto, em muitas organizações, a cultura que predomina é a de que os trabalhadores são vistos, pelos gestores, apenas como recursos ou insumos para atender aos objetivos das instituições. Tal concepção pode gerar conflitos, desumanizar as relações e impedir a realização de um trabalho, pois valores humanos importantes são desconsiderados. Neste estudo, os gestores demonstraram valorizar os trabalhadores e propuseram a abertura de espaços para construções coletivas, com a participação dos trabalhadores e usuários.

Morgan (1996, p. 142) afirma que “a natureza verdadeiramente humana das organizações é a necessidade de construí-la em função das pessoas e não das técnicas”. A PNH sugere que o trabalho seja coletivo, co-gerido, compartilhado, valorizando seus protagonistas. Também é importante registrar que essa construção para as pessoas deve ter por centralidade o usuário. Este deve ser o foco de atenção dos trabalhadores e gestores de uma organização, visto que é por ele – o usuário – que a instituição foi erigida. Assim, é fundamental que se conheça o processo de trabalho em saúde dessa organização, pois poderemos vislumbrar qual é o objeto que precisa ser transformado em si mesmo no processo de atenção à saúde.

Para viabilizar um trabalho coletivo, diferente do que está instituído, é imprescindível a abertura dos gestores aos demais sujeitos (trabalhadores e usuários). Essa abertura poderá abrigar, conseqüentemente, conflitos, tensões, desencontros. No entanto, “discutir a humanização no ambiente de trabalho é impostergável, e a efetiva vivência num ambiente organizacional cujos valores maiores incluam a humanização trará grandes

benefícios para os indivíduos, as organizações e a sociedade em geral” (COSTA, 2004, p. 18).

É importante reforçar que a PNH afirma-se com o confronto de contrários e, assim, com a lateralidade do encontro, novos sujeitos surgirão e, com eles, um novo modo de ser e agir no EASH poderá ser efetivado, consolidando, passo a passo, a PNH.

O trabalho somente poderá ser coletivo com o envolvimento de todos que produzem saúde e vida. Com o envolvimento e a participação, será possível mudar o modelo de gestão vigente.

Quanto à intenção dos gestores de mudar o modelo de gestão vigente os resultados são expressos no quadro seguinte.

Quadro 16: Mudança no modo de gestão

| Tema | Idéia Central |
|-------------------------------------|---|
| IV - Mudança no modo de gerir saúde | 10 - Necessária a participação de todos 11 - Insegurança 12 - Para mudar é preciso reconhecer erros. 13 - Desafios para construir um processo coletivo |

Mudar a gestão, o atendimento ser realmente humanizado? Mudar valores? Mudar o cenário? Olha... Tem trabalho para se fazer nos próximos mil anos, mais se todos aceitarem e trabalhem juntos, estou dentro. Eu participo (DSC da IC 10).

Eu não sei se estou pronto para isso! (DSC da IC 11).

Para mudar eu tenho que conhecer e entender que a forma como estou fazendo está errada. E isso somente conseguirei se alguém me mostrar, para a melhoria do meu trabalho e meu crescimento enquanto ser humano (DSC da IC 12).

Como construir um processo coletivo com crenças e valores, onde você sai de um plano individual para um plano coletivo partilhado? É desafiador! Até a própria proposta do SUS de unir gestores, trabalhadores e usuários para mudar é desafiadora. O processo de trabalho não deve ficar no modelo antigo de não-participação. Então, como construir um processo coletivo? (DSC da IC 13).

Acreditar que a mudança só possa ser processada se o outro estiver “dentro” é um processo de anulação de seu poder de contribuir. Pelo contrário, todos os sujeitos envolvidos devem estar dispostos a construir a mudança. Sabemos que nem sempre é possível que isso se faça de forma idealizada. Porém, se todos esperarem por todos, nada acontecerá. E, assim, não

poderemos construir um SUS de forma que venha a responder a todos os anseios da população, dos dirigentes e dos trabalhadores do segmento.

Para Lima e Faveret (2006, p. 631-632),

garantir a integralidade da atenção no seu interior e a integração à rede de serviços de saúde são desafios colocados para os hospitais. A transformação do hospital, portanto, representa transformações no sistema de saúde. Dentro desta perspectiva, o planejamento e a gestão destas unidades assumem um papel fundamental e o debate em torno de modelos gerenciais mais adequados às suas especificidades ganha corpo.

Assim, como asseveram os autores, é necessário buscar novos parâmetros para a gestão de EASH. A PNH é uma aposta nesse novo modo de gerir, administrar essas instituições. E, com seus postulados e dispositivos, certamente poderemos construir um outro SUS, com a incorporação dos EASH, como preconiza o próprio sistema. Por outro lado, a insegurança apontada no processo de gestão para operacionalizar a PNH demonstra a necessidade de um investimento portentoso com relação à educação permanente dos gestores dos serviços e unidades de saúde. Assim, com o processo de educação poderemos, certamente, consolidar avanços na perspectiva de que a PNH, como política, não fique no papel, seja de fato implementada, pois como registram diversos autores, essa é uma política em construção.

Sperandio et al (2004, p. 654), em estudo sobre a implantação da Rede de Municípios Potencialmente Saudáveis, demonstraram a importância de articulação de diversos atores em torno de um projeto comum. Ao final do trabalho, concluíram que

esta forma de colocar pessoas com vidas diferentes em um mesmo lugar para discutirem problemas comuns e despertarem desejos similares pode ser considerada uma nova maneira de refletir sobre os acontecimentos na sociedade, através da troca de experiências e informações e resgatando um espaço para a possibilidade de construção coletiva de políticas públicas que propiciem a redução das desigualdades sociais.

Creio que esse ensinamento de outras áreas do conhecimento demonstra a possibilidade concreta de estabelecermos uma nova modalidade de gestão na qual se permita a participação efetiva com o diálogo franco e aberto. O método da Roda permite que sujeitos diferentes ocupem o mesmo espaço e tenham posição igual aos demais, visto que a distância do centro da roda é a mesma para qualquer sujeito. Assim, demonstramos, concretamente, que inclusive uma organização de sala pode permitir que todos se posicionem igualmente.

Obviamente que não apenas a disposição de um encontro possibilita a participação. Mas, adicionando nesse encontro, outros dispositivos que a PNH propõe, certamente, poderão os gestores criar possibilidades ou propostas mais adequadas, pois serão construídas no coletivo, ou melhor, co-geridas. E, nestas, provavelmente encontrarão os caminhos para implementar essa política de forma objetiva, tendo por base a sua realidade.

No decorrer do estudo, um dos temas discutidos na roda foi referente à humanização do cuidado. Abaixo, observam-se as ICs identificadas nos discursos dos gestores.

Quadro 17: O significado de humanização no cuidado em saúde para os gestores

| Tema | Idéia Central |
|--------------------------------|--|
| V - Significado de humanização | 14 - Resgate de valores humanos 15 - Propiciar condições para a realização do cuidado com qualidade 16 - Garantia dos direitos e deveres dos trabalhadores 17 - Interação entre gestores e trabalhadores 18 - Trabalhadores diferenciados 19 - Trabalhar em equipe com respeito à individualidade, criando vínculos |

Neste estudo, os gestores entendem a humanização como o resgate de valores humanos, ter e propiciar condições para a realização do trabalho em saúde, garantir e fazer cumprir os direitos e deveres dos trabalhadores da saúde, interação entre os envolvidos no processo de produção de saúde e vida e o respeito à individualidade de cada indivíduo. Isso é demonstrado nos discursos a seguir.

Seria resgatar o que foi perdido com o tempo?” Mais eu acho que o humano a gente não constrói aqui, a gente constrói em casa. Ou se é humano ou não se é humano, entendeu? A gente vê assim que, principalmente nos últimos anos, não é que desumanizou, mas tu vê que caiu um pouco a atenção. Eu acho que perdeu um pouco aquela característica mais humana do trabalho. Tanto pelos enfermeiros, quanto pelos técnicos e auxiliares de enfermagem. Perdeu um pouco esta característica humana do trabalho. Acho que é isto mesmo. Algumas coisas que a colega colocou, eu concordo. Eu acho que muitas coisas que fazíamos há vinte anos não fazemos mais hoje. Então humanização é resgatar o que foi perdido (DSC da IC 14).

Dar condições e normatizar enquanto gerente para o paciente receber a assistência adequadamente (DSC da IC 15).

Eu tento lá no meu setor ajudar o servidor, trabalhando o lado humano do servidor, ajudando nas necessidades dele como trabalhador, férias, aposentadoria. Eu tento ver as questões corretas da legislação e mostrar para os trabalhadores seus direitos e também seus deveres (DSC da IC 16).

Quanto à parte de humanização, acho que passar em todos os setores, estar interagindo mais com os funcionários (DSC da IC 17).

É o profissional ser diferenciado em relação aos pacientes que temos aqui dentro, tratar diferente (DSC da IC 18).

Eu tenho uma grande dificuldade em relação à questão, quando vocês falam assim, de ver os outros com suas peculiaridades. Essa questão de toda a equipe trabalhar junto, enfermeiro, serviço social, médico. Eu penso assim que isso é o que deve ser feito. Isso cria um vínculo maior com o paciente! Com certeza que eu tenho que ajudar, mais não pode perder o foco do trabalho. Eu acho que a gente tem que ter coerência (DSC da IC 19).

Nessa perspectiva integradora, o significado de humanização adquire um caráter transversal e vincula-se a um conjunto de condições e relações que se estabelecem no processo de trabalho e atendimento hospitalar (BRASIL, 2001).

Para efetivar processos humanizantes na assistência em saúde, em especial a desenvolvida no EASH, faz-se necessário que os hospitais sejam estruturados para essa nova política de saúde. É necessário investir nos trabalhadores, gestores e usuários, realizando capacitações, divulgando a PNH, buscando alternativas para garantir o número adequado de trabalhadores, como, também, repensar e redimensionar a área física que, muitas vezes, não comporta a demanda atual e impede o uso de dispositivos da PNH.

Deslandes (2004, p. 9) ressalta ainda que

a construção de organizações que estimulem os trabalhadores a valorizar todos os usuários durante todo o seu processo de trabalho, e que estas pessoas (usuários externos), como eles próprios (usuários internos), têm interesses e desejos com os quais se devem compor é um caminho forte para se construir um novo modo de convivência, assim perpetuando as ações humanizantes.

Nessa perspectiva, urge a necessidade de propor possibilidades para reversão das dificuldades encontradas.

Quadro 18: Humanização como possibilidade para alterar o modelo instituído

| Tema | Idéia Central |
|--|---|
| IV - Alterações no modo de organização do trabalho | 20 - Trabalho coletivo (dividir/compartilhar responsabilidades) 21 - Conhecer quais os desejos da equipe e se há comprometimento dela 22 - Justiça e valorização dos envolvidos no processo de produção de saúde 23 - Investir na capacitação do trabalhador |

Os gestores apontam que existem possibilidades de alterar o modo como o trabalho em saúde é desenvolvido. Sugerem um trabalho coletivo, a valorização e capacitação dos trabalhadores da saúde e o compartilhar de responsabilidades.

Eu tento dividir responsabilidades. Se estou fazendo pedido de material, pergunto à gerente de enfermagem se a quantidade é adequada, se é preciso diminuir ou aumentar a quantidade, o que é fora do padrão de consumo. Sempre fizemos juntos. Isso eu chamo de divisão de responsabilidades. Se der algum problema, quem fez? Eu penso que eu faço uma divisão de responsabilidade. Todos são incluídos. Os responsáveis pela determinada ação; exemplo: se o problema é a rouparia, eu falo com o chefe da rouparia ou da lavanderia. Então temos que estar mais aberto e trabalhar para mudar! (DSC da IC 20).

Primeiro a gente tem que saber se a equipe realmente quer isso e o que ela quer! Tem que ver o interesse do coletivo e o comprometimento mesmo! (DSC da IC 21).

Trabalhar a questão ética. Atuar de forma mais justa! Agradecer pelo que você faz. Nossa, como é importante isso. Te deixa vivo, te dá energia para continuar! (DSC da IC 22).

Será que uma capacitação para todos não seria um começo? Eu acho que o caráter não obrigatório das capacitações auxiliará. Tudo que é obrigatório não é bom! Mais aí a dificuldade continuará. É uma dificuldade, tu sabes muito bem, fazer este povo participar! Todo mundo quer participar de tudo! Chega na hora H, aparecem dois, três apenas. Mais quando é obrigado a participar, eles têm que vir! É o momento de você então aproveitar para fazer as coisas que são certas. Mesmo que eles cheguem de má vontade, de acordo com a condução dada em determinado treinamento, você pode mudar a percepção deles e favorecer a participação. A disponibilidade das pessoas é muito difícil fora de seu horário de trabalho, então são sempre as mesmas pessoas que se dispõe a fazer esse serviço. Se conta para carga horária, para progressão funcional tem participação. Se não conta não tem. As pessoas não vêm, ou vem a primeira vez, depois não vem mais. Que tipo de ligação é esta com o serviço? (DSC da IC 23).

É necessário resgatar a subjetividade do trabalhador para que ele busque satisfação pessoal. Implantar propostas educativas inovadoras parece ser o caminho para interferirmos no processo de trabalho de forma criativa, para “preparar o indivíduo como agente de mudança, crítico-criativo, e que se reflete na não-fragmentação entre trabalho manual e a reflexão” (REIBNITZ, 2004, p. 23).

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde e suas relações devem focar a humanização da assistência em saúde, assegurando condições para a expressão da liberdade e da criatividade do trabalhador, favorecendo sua atuação reflexiva (REIBNITZ, 2004).

Freire (2000) afirma que somente quando o indivíduo reflete sobre sua prática e

procura melhorá-la está transformando a si mesmo e sendo crítico-criativo. Para esse autor, não é suficiente que o sujeito tenha consciência de sua situação. Ele deve dispor-se a transformar a realidade e, para tal, requer um trabalho de conscientização e politização. Neste estudo, foi observada a existência de certa dificuldade e/ou acomodação dos trabalhadores da saúde para repensar e modificar sua prática, ou buscar novas tecnologias para o fazer em saúde diferente. No entanto, existe a possibilidade de “abertura de espaços e a legitimação de possibilidades de um fazer diferente, que pode ser partilhado, co-responsabilizado e descentralizado” (ROSA e SILVA, 2005, p. 466).

Em contrapartida, esse tipo de educação não deve estar vinculado apenas à necessidade da profissão, deve oferecer também aos trabalhadores alternativas como lazer e cultura geral. Seríamos reducionistas nesse momento se atrelássemos nossa prática, apenas, aos conhecimentos técnicos, não proporcionando momentos de relaxamento e lazer, além de oportunidades de crescimento interior.

O modo de produção das condições de vida material condiciona o processo geral de vida intelectual, política e social. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser, mas ao contrário, é o seu ser social que determina a sua consciência (MARX; ENGELS, 1987, p. 48).

A valorização do trabalho acontece no momento em que este permite ao trabalhador o uso de suas habilidades. Os meios de produção, especialmente os meios de trabalho, contribuem para marcar e registrar épocas históricas, pois são reflexos das relações sociais e do aperfeiçoamento do trabalhador. Desse modo, é evidente que o preparo dos trabalhadores (através da educação continuada em serviço) para manipularem as tecnologias disponíveis é primordial para a prestação dos serviços em saúde.

O processo de trabalho em saúde e educação precisa ser repensado. Que mecanismos podem ser desenvolvidos para estimular a participação dos trabalhadores nas capacitações? Quais as reais necessidades dos trabalhadores da saúde? Estas respostas precisam ser dadas. Quem sabe a utilização da Roda como método de intervenção pode ser a saída para esses entraves presentes no processo de trabalho que estão impossibilitando o uso de uma das diretrizes da PNH: a educação permanente em serviço.

O trabalhador, ao negar sua participação nas capacitações/programas/projetos educativos, expressa e concretiza sua alienação no processo de trabalho. A alienação impede sua autonomia e seu protagonismo, dificultando “a construção dos sujeitos como seres com vontade e potência para exercer a co-gestão dos processos de trabalho” (CAMPOS, 2007, p. 27).

Só o ser humano aliena-se; e apenas ele, porque é o produto do que ele próprio faz, pela ação de seu trabalho. Por ser um ente histórico, o homem encontra-se em um processo de produção de si mesmo, isto é, de humanização, dentro do qual pode encontrar-se em níveis humanos tão ínfimos como o do homem alienado ou coisificado (MARX; ENGELS, 1999). Para solucionar essa contradição, é necessário ter presente a distinção fundamental que Marx faz entre objetivação e alienação, ao mesmo tempo em que estabelece uma relação entre elas.

O indivíduo somente se manifesta como ser humano na medida em que objetiva suas forças essenciais, genéricas, mas essa objetivação – práxis material/trabalho humano – só é possível quando são estabelecidas relações com os demais – mediante a atuação conjunta dos homens. O homem, para ser homem, não pode ficar em sua subjetividade, tem que se objetivar, mas ele está presente nessa objetivação como ser social (MARX; ENGELS, 1999).

A objetivação manifesta-se como uma necessidade da qual o homem não pode se esquivar. Ele a leva a cabo mediante o trabalho e acarreta, em princípio, uma objetivação do seu próprio ser, de suas forças essenciais. Como Hegel já assinalava na fenomenologia, o homem, pelo trabalho, humaniza a natureza e humaniza a si mesmo, na medida em que se eleva como ser consciente sobre a sua própria natureza. Nesse sentido, a objetivação material – a produção – é essencial para o homem. Essa dimensão é determinada não só por seu conteúdo meramente econômico, mas fundamentalmente por seu conteúdo filosófico, na medida em que a produção é autoprodução ou autocriação do homem. Então, ela revela-se claramente como premissa fundamental de toda a história humana, pois o homem como ser prático que, inclusive em sua alienação, faz a si mesmo com seu próprio trabalho, isto é, se autocria em e pela produção (MARX; ENGELS, 1999).

Para romper com esse processo, a chave ou a saída poderá ser a utilização do método da Roda, pois este “combina compromisso social com liberdade” (CAMPOS, 2007, p. 34). Com um processo educativo adequado, que contemple as necessidades dos trabalhadores e gestores, poderemos propiciar o que a PNH denomina de tríplice inclusão: a inclusão dos sujeitos, a dos analisadores sociais e a inclusão dos coletivos. (BRASIL, 2006). A inclusão pode favorecer o protagonismo dos envolvidos no processo de produção de vida e saúde em virtude da produção de encontros dos diferentes e, assim, construir projetos coletivos. O protagonismo aciona a vontade e o interesse, construindo co-responsabilidades (PACHE, 2008), dessa forma, produzindo um movimento contrário à alienação do trabalhador, do gestor e do usuário.

Observa-se no quadro abaixo como os gestores expressam seus discursos acerca do protagonismo.

Quadro 19: Protagonismo dos envolvidos

| Tema | Idéia Central |
|--------------------------------------|--|
| VII – Todos devem ser protagonistas. | 24 - Estímulo ao protagonismo, à valorização dos sujeitos e à participação |

Nos discursos a seguir, os gestores afirmam a importância do protagonismo dos sujeitos, entretanto, afirmam que esse processo é inerente ao viver humano, ou seja, o comportamento individual reflete no coletivo e é necessário na maioria das vezes alterar/mudar comportamentos.

As pessoas têm que ser protagonistas e este processo começa na nossa casa! Por que não acreditamos que nosso trabalho possa ser diferente? Que possamos trabalhar o comportamento das pessoas de forma ou modo diferente. Trabalhar de outro modo, agir diferente pode ser possível. Às vezes eu penso: se queremos implantar uma coisa nova ou modificar um pouco a que está aí, todos devem se envolver. Por que enquanto gestor que idéias eu trago comigo? Que valores eu carrego comigo? (DSC da IC 24).

Provavelmente, alguns comportamentos não condizentes com uma prática humanizada refletirão, diretamente, no desenvolvimento e organização do trabalho em saúde. A saída para esse entrave pode ser a co-gestão e a inseparabilidade entre clínica e política, entre produção de saúde e produção de sujeitos (BRASIL, 2006).

Quando o tema é protagonismo, a PNH traça como uma das estratégias gerais, incentivar “ações integrais, promocionais e intersetoriais de saúde, inovando nos processos de trabalho que busquem o compartilhamento dos cuidados, resultando em aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos envolvidos” (BRASIL, 2006, p.22).

Os gestores, assim como os trabalhadores, têm uma preocupação com relação ao processo de trabalho em saúde. No quadro a seguir, apresento a opinião dos gestores em relação a esse tema.

Quadro 20: O discurso dos gestores sobre o processo de trabalho na instituição

| Tema | Idéia Central |
|--|--|
| VIII - O processo de trabalho em saúde no EASH | 25 - Trabalhar conjuntamente 26 - O modelo de gestão não é participativo 27 - Importância da gestão participativa 28 - Mais autonomia e poder de decisão 29 - O duplo emprego representa uma dificuldade para a organização do trabalho 30 - Mudança na carga horária gerou problemas |

| | |
|--|--|
| | 31 - Sofrimento no trabalho 32 - Desigualdades de direitos 33 - Necessidades de trabalhadores capacitados 34 - Melhorar a assistência oferecida 35 - Trabalhadores sem vínculo com a instituição 36 - Trabalhadores esquecem seus deveres, querem somente os seus direitos 37 - Processo de trabalho fragmentado |
|--|--|

Dentre as declarações feitas pelos gestores, nas rodas, destacam-se análises sobre o modelo de gestão, a alteração na carga horária e, também, o duplo emprego e o sofrimento no trabalho.

A preocupação com o trabalho e as manifestações advindas do processo em que ele é desenvolvido são fontes de apreensão e de atenção constante. Se for colocado como um meio simplesmente de busca da sobrevivência, pode trazer consequências danosas ao trabalhador, em se tratando, especialmente, de analisá-lo neste mundo de controvérsias e de intensa expropriação. Um mundo em que o trabalho passa por um processo de reestruturação (tanto no que se refere ao emprego quanto ao desemprego). Por outro lado, no processo de trabalho devem ser contempladas as questões objetivas para a sua realização, mas em hipótese alguma deve ser descartada a subjetividade dos trabalhadores empreendida no ato de sua realização. Por essa razão, aponto alguns estudos, para reforçar a preocupação em relação ao tema.

Dejours (1999), em suas reflexões sobre a relação subjetiva para com o trabalho, alerta que, para compreender como toleramos o mundo do trabalho na atual conjuntura (mundo dos desempregados e novos pobres na sociedade), é preciso compreender e tomar consciência do sofrimento no trabalho. Esse autor examina o local de trabalho também como um local de sofrimento, onde o homem, ao mesmo tempo em que é beneficiário da produção, é freqüentemente vítima do sofrimento nas organizações. Aponta a articulação entre sofrimento singular e herança da história psíquica de cada indivíduo, relacionando-a com o sofrimento surgido do encontro entre o ser psíquico e sua situação no trabalho.

Breith, (1990), ao analisar o processo de urbanização na América Latina e a relação entre saúde e o meio geográfico, acentua que a crise dos anos 80 (século XX) agravou a situação estrutural das formações periféricas, piorando o sofrimento crônico da força de trabalho urbano. Sugere que, para superar esse cenário, é necessária a construção de um projeto cuja estratégia é a convergência de setores populares e democráticos com o fim de promover mudanças de âmbito global. Uma possibilidade de alteração do trabalho em saúde é a implantação da PNH em todas as esferas de atuação do SUS.

Alguns estudos feitos, especificamente na área de saúde, como o de Dalmolin (1998), apontam que entre os enfermeiros, na experiência estudada, o trabalho é permeado de conflitos e resistências, razão pela qual precisa ser repensado.

Silva (1994), analisando o cotidiano dos trabalhadores em saúde, afirma que a organização do trabalho hospitalar, com a intensa fragmentação das tarefas e poucas oportunidades de participação, causa sofrimento aos trabalhadores em saúde. No hospital, em defesa da vida, engendram-se máscaras e artifícios. Existe a tentativa de combinar solidariedade de equipe com corporativismos e identidades, quase sempre, fadada ao insucesso. Dentre as contradições que os trabalhadores experimentam, a estética como possibilidade de expansão da vida tem aparecimentos fugazes.

Para demonstrar as contradições existentes no processo de trabalho desenvolvido no EASH deste estudo, apresento alguns DSCs dos gestores.

Fazer o trabalhador trabalhar junto, da mesma forma. Ele, o trabalhador, se colocar do outro lado enfim! Um deve facilitar o serviço do outro e não trabalhar sozinho sem saber o que tá acontecendo na sala de determinada pessoa! (DSC da IC 25).

Não considero que aqui no hospital ocorra uma gestão participativa. Acho que faz muita falta uma reunião como esta, há algum tempo atrás ocorria aqui mensalmente uma reunião de chefia que depois parou eu não sei por quê! Mas enfim, eu acho que era uma coisa muito importante porque estavam todas as pessoas que tinham cargo de chefia. Faz muita falta uma reunião de chefia. Ela é muito importante para representar todos os setores do hospital. Quando se toma uma decisão, é uma decisão que todos estão presentes e podem ficar sabendo assim o impacto ou a vantagem que aquela decisão vai causar. Pois às vezes para resolver um determinado assunto, deve-se avaliar o impacto que ela pode criar, às vezes é para resolver um determinado problema e acaba-se criando outro. É importante que essas reuniões voltassem a acontecer, com representantes de cada setor e discutir todos os assuntos, e que as coisas não viessem de cima para baixo, enfim discutir o impacto que ela pode criar no tratamento dos funcionários, dos pacientes, enfim, é extremamente necessário, acho fundamental. Enfim, isso sim deveria ser participativo! Eu acho assim extremamente necessário, acho fundamental, criar uma direção da PNH (DSC da IC 26).

Acho muito importante a questão da gestão participativa. Eu acho assim, é tão difícil porque as pessoas se colocam no outro lado, e acham que a gestão é que deve pensar sobre tudo. A gente participaria muito mais se abrissem espaços e a gente acaba não abrindo. O que é necessário e o que é ideal? Tem tudo isso para se pensar (DSC da IC 27).

Eu estou trabalhando outras coisas, quando chega alguma idéia até mim que percebo ser boa, eu ajudo no que for possível. O que consigo resolver sem levar para a direção eu resolvo, mais tem coisas que depende da direção aí eu levo e procuro cobrar a resposta. Todo trabalho é complicado! É muito difícil de todos opinar, de todos discutir. A secretaria manda as coisas e exige um tempo mínimo pra devolver. É muito difícil. A gente faz com aqueles que estão mais próximos. É muito difícil reunir todas as

chefias. A gente tem reunião mensal da direção, que eles participaram também [olha para os demais membros do grupo], que é agendada. Participam os Recursos Humanos, a CCIH e cada gerente de área. O que a gente faz? Reúne aqueles que têm mais participação, têm interesse, mais gestão, direção, quem pode tá na casa e faz em toque de caixa. É obvio que este tipo de atitude gera insatisfação, gera... Você vai atrás de quem tá disponível, isso é muito difícil, fora o horário. Nem sempre a pessoa tá disponível. Sempre são as mesmas pessoas que participam, que se comprometem a fazer este serviço (DSC da IC 28).

Pitta (1990) afirma que a instituição hospitalar é tratada como *locus* específico do exercício de um conjunto de práticas em saúde, onde se configuram uma tecnologia do processo de trabalho que exige do trabalhador respostas individuais e coletivas ao lidar cotidianamente com a doença e a morte.

Esses estudos apontam preocupações com o mundo do trabalho, principalmente “com o mundo do trabalho em saúde, com temáticas acerca da produtividade, do custo/benefício, da caracterização dos profissionais em mercado, da insuficiência de recursos materiais ou condições de trabalho como determinantes da baixa qualidade assistencial” (ALBUQUERQUE, 2002, p. 46).

Torna-se importante, então, “ampliar os espaços de ação em comum e mesmo a cooperação entre os profissionais, levando a um enriquecimento do conjunto das intervenções em saúde, tornando-as mais públicas e comprometidas com o interesse dos usuários” (MERHY, 2002, p. 131), trabalhadores e gestores, dessa forma ampliando a relação entre ambos.

Pode-se dizer que o mais antigo princípio do modo de produção capitalista foi a "**divisão manufatureira do trabalho**" (BRAVERMAN, 1981, p. 70), permanecendo como princípio fundamental da organização industrial. Essa divisão gera o parcelamento dos processos necessários para a obtenção de determinado produto, sendo executado por diversos atores/trabalhadores. De acordo com Braverman (1981), a divisão pormenorizada do trabalho faz com que o trabalhador seja incapaz de acompanhar o processo global de produção. Enquanto que a "divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem, (...) quando efetuada com menosprezo das capacidades e necessidades humanas, é um crime contra a pessoa e contra a humanidade" (BRAVERMAN, 1981, p. 72). Assim sendo, o trabalhador até pode executar uma atividade parcelada, repetitiva, mecânica, porém, o sujeito trabalhador "jamais será um trabalhador parcelado em sua vida" (BRAVERMAN, 1981, p. 76).

Acredito na importância de conhecer os ruídos presentes no processo de trabalho deste grupo investigado, para posteriormente propor espaços intercessores ou ainda tecnologias leves para aprimorar o trabalho em saúde.

Entre os ruídos identificados aponto a gestão não-participativa, a carga horária, o duplo emprego, a saúde do trabalhador, a diferenciação dos direitos trabalhistas, a necessidade de trabalhadores qualificados, a queda na qualidade da assistência em saúde oferecida, os trabalhadores sem vínculo com a instituição e a fragmentação do trabalho. Esses ruídos podem ser identificados nos DSCs a seguir.

Acho que um dos principais problemas é o fato de ter dois, três empregos! É! Pode ser sim. Mas isso é questão de compromisso das pessoas! Chega pela manhã vão embora rapidinho! O nível é o mesmo que o meu. Mais isso é questão de postura de comportamento. Não é o diretor que vai mudar isso. Antes parece que as equipes eram diferentes. As pessoas ficavam mais tempo na casa [Hospital], trabalhavam oito horas, somente tinham um emprego. A gente chegava aqui às oito horas da manhã e saía às cinco horas da tarde. Eram 40 horas semanais. Na hora do intervalo, a gente jogava vôlei, jogava canastra. As pessoas que têm dois, três empregos, elas cumprem jornada de trabalho, elas não têm participação em outros processos, tantos que os principais postos, eles são preenchidos, as pessoas que têm cargo de chefia, que têm gerencia, são pessoas que tem um emprego só, na maioria, na hora o que se escolhe, pelo comprometimento mesmo. As pessoas que têm uma jornada só são as mais comprometidas Eu posso ter dois empregos, eu posso ser bom, eu posso trabalhar. Para me dispor a vir trabalhar, eu tenho que estar bem para cuidar do outro. Então hoje em dia não se acha mais a questão do valor, para muita gente essa questão de dois, três empregos, eu não sei como elas estão, acho que na casa elas nem vão. Não tem uma ligação, não tem nada (DSC da IC 29).

Hoje não tem mais lugar, espaço para isso. Por quê? Quando passou para a carga horária de seis horas diárias, as pessoas começaram a procurar outro emprego. Não podem esperar hoje depois da hora. Não é mais envolvida em projetos, não é mais envolvida numa atenção. É diferente, é diferente! As 30 horas eu acho que é bom! Para a qualidade de vida das pessoas. Melhorou! As pessoas começaram a pegar dois, três empregos e assim elas, os trabalhadores, ficam aqui achando que o Nereu é um bico (DSC da IC 30).

Eu percebo que tem muitos servidores trabalhando doente. Muitos mesmo. Eu estou vendo uma transformação em mim, porque lá no outro lado tem um ser humano, uma pessoa, os servidores estão vindo a mim [...]. Alguns funcionários a gente vê que estão trabalhando além de seu limite[...] Às vezes pela ajuda de um vale refeição ou para não se afastar realmente. E, por outro lado, eu estou tendo resposta, pois os funcionários estão me procurando para contar seus problemas pessoais, e seus problemas de relacionamento com as chefias (DSC da IC 31).

Um exemplo desta diferenciação nas relações e que causa sofrimento nos trabalhadores é o abono da folha de ponto! Não há igualdade de direitos para todos. Tem médicos que não aparecem e o ponto é abonado e o trabalhador que chega às vezes 15 ou 20 minutos atrasado é descontado! (DSC da IC 32).

Nós temos um paciente com um caráter especial, com problemas sociais, e os nossos próprios funcionários, para eles trabalharem aqui, eles têm um quê a mais. O hospital era de pequena complexidade, hoje ele é de média complexidade, então realmente isso mudou e interfere na humanização. Eu já entrei aqui quando o hospital já era de média complexidade, e já sinto esta diferença, mas se perdeu um pouco gente, acho que precisa isso mesmo ajudar. Uma coisa que me incomoda muito é a parte da ética entre os funcionários. A complexidade do paciente interferiu na higiene e conforto, mas porque mudou o perfil. Eu acho que tudo isso é pelo tipo de paciente que a gente recebe, pois o período de internação é muito maior que em outros hospitais (DSC da IC 33).

Eu acho que a assistência é que deve estar mais presente. Não sei! Parece que a parte de higiene e conforto dava de dez a zero no que é hoje! Eu me incomodo com isso realmente! Eu estou falando da parte de higiene e conforto! Isso sim deu uma decaída. O hospital cresceu também, mas a assistência decaiu. Eu sinto que decaiu um pouco (DSC da IC 34).

As pessoas estão vindo com uma idéia deturpada do serviço público. Já chegam dizendo o turno que querem trabalhar, o horário, porque já têm outro emprego. Eles vêm aqui fazer bico. Falam que o hospital “x” é maravilhoso! Quem tem responsabilidade tem! Você não vai incutir isso na pessoa (DSC da IC 35).

Não há diferença entre os funcionários que chegam. Fica complicado cobrar, pois as pessoas têm dificuldades para entender. As pessoas têm direitos e somente querem isso. Esquecem os deveres. As decisões são embasadas em normas técnicas, mas as pessoas não querem entender isso. A estabilidade no emprego também pode contribuir para que as pessoas se acomodem (DSC da IC 36).

Eles [os médicos] vêm, prescrevem e vão embora! São os bonzinhos, nós e que seguramos o tranco. Eu chamo as chefias dos setores sempre que é necessário para resolver os problemas. Quando vou conferir o ponto e levo para as chefias para ver se vai ser abonado 15, 20, 5 minutos. Quando diz respeito aos médicos, eu levo para o diretor e pergunto ou digo que faltou tantas horas no ponto, se ele vai abonar. Ele é o diretor! Vou me meter? Estressar-me com isso? Então assim, eu fico magoada às vezes pelas injustiças que acontecem aqui. Alguns são privilegiados! Por que somente alguns? (DSC da IC 37).

Os gestores precisam fortalecer-se e buscar um modo de compartilhar o espaço de poder e autonomia, para que a gestão participativa dissemine-se ainda mais entre os profissionais, proporcionando prioritariamente boas condições de trabalho e o modo de como estabelecer tais condições. Atualmente temos um modelo de gestão participativa, porém precisamos evoluir ainda mais, bem como desenvolver a consciência dos nossos profissionais nessa ação participativa.

A gestão participativa

dá o norte para o comportamento de todos na organização, sendo um guia da forma em que se dá a solução de problemas pelos administradores e como esses referenciais são demonstrados pelo comportamento de todos na organização. Este atua, então, como exemplo do comportamento que é esperado de todos (PEREIRA, GALVÃO e CHANES, 2005, p.63 apud FEDERIGHI, 2005).

A PNH permite que as instituições, os gestores, os trabalhadores e os usuários busquem formas, modelos, estratégias para a realização de cuidados em saúde humanizados. Para a efetivação dessas estratégias, faz-se necessário (re)construir alternativas, mudar comportamentos, fortalecer e articular iniciativas que estimulem as parcerias e inovações no processo de trabalho em saúde. A sensibilização dos gestores, dos trabalhadores e dos usuários parece ser o ponto de partida.

Como política transversal, a PNH aposta na construção de trocas solidárias e comprometidas com a “dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos” (BRASIL, 2006, p. 140). Mudar o modelo de gestão e produção de saúde é “oxigenar” o processo de trabalho em saúde através da valorização dos sujeitos envolvidos nesse processo. Aponto, como um entrave importante para a consolidação da PNH, observado neste estudo, os aspectos referentes ao duplo emprego, fato concreto para muitos trabalhadores da instituição investigada.

Os trabalhadores da área da saúde, pela baixa remuneração salarial, na tentativa de ter uma vida mais digna financeiramente, normalmente têm dupla e às vezes até tripla jornada de trabalho, como discutimos anteriormente. Essa situação pode gerar alterações no convívio familiar, ocasionando situações de tensão e também a baixa produtividade. Casate e Corrêa (2005) enfatizam a importância de investir-se em ambiente adequado, recursos humanos, remuneração digna e, conseqüentemente, motivação para o trabalho, promovendo atividades educativas que permitam o desenvolvimento de competências para cuidar. Ainda segundo esses autores, a humanização confronta-se ao longo dos anos com o desenvolvimento tecnológico. No entanto, diante da situação econômica vigente, será um tanto difícil conseguir hoje trabalhadores da saúde com apenas um vínculo de trabalho.

Segundo Deslandes (2004, p. 10), um dos eixos discursivos da PNH traz “a idéia de humanização como melhoria das condições de trabalho do cuidador” e, de forma paralela menciona o desenvolvimento de ações para a melhoria de infra-estrutura hospitalar. Essa infra-estrutura, certamente, após o diálogo entre os trabalhadores, os gestores e os usuários, permitirá que os trabalhadores não atuem com número de funcionários inferior ao necessário

para a segurança do usuário e do trabalhador, com cargas horárias desgastantes, com carga de trabalho excessiva. Enfim, essas questões, aliadas à baixa remuneração percebida e a insatisfação de não ver o reconhecimento do trabalho, são problemas que precisam ser encarados por todos e resolvidos.

Criar meios e métodos de valorizar o responsável pela produção da assistência emerge como um grande desafio, necessário para a humanização da assistência em saúde, mas ainda pouco incentivado e viabilizado dentro da instituição deste estudo.

Nosso desafio maior é o de superar as dificuldades, “inventar e reinventar maneiras novas e cada vez melhores, mais criativas, mais capazes de dar conta de produzir saúde e cidadania e contribuir na construção de um país mais justo e solidário” (HENNINGTON, 2005, p. 263).

Torna-se difícil pensar em uma mudança nos relacionamentos inter e intragrupo em um EASH sem que seja proporcionado e ampliado o grau de comunicação, de conectividade e de intercessão entre os trabalhadores da saúde, os gestores e os usuários.

Romper com a fragmentação no cuidado é algo vital para alterar esse modo de produção de cuidado em saúde no EASH. Para Mendes (2007, p. 37), a fragmentação no trabalho em saúde precisa ser convertida em integralidade. Para tal, é necessário ir

em busca de alternativas a esses entraves, [...] na tentativa de substituir a noção de hierarquização pela rede progressiva de cuidados à saúde, por meio da qual são priorizadas as noções de acolhimento, vínculo e responsabilização, enquanto princípios que atravessariam o sistema de uma ponta a outra, independente da complexidade tecnológica das ações desenvolvidas.

A possibilidade de engendrar dispositivos para a realização de um trabalho coletivo, rompendo com a fragmentação do cuidado no EASH, pode ser um investimento que, certamente, trará resultados efetivos em virtude da democratização das relações entre os sujeitos envolvidos na produção de saúde, na produção da vida. Romper com a fragmentação do trabalho em saúde “somente será viável com a mudança simultânea dos sujeitos concretos que habitam estes espaços” (CAMPOS, 2007, p. 42-43).

A seguir, observam-se como as tecnologias relacionais são utilizadas e quais as fragilidades identificadas.

Quadro 21: Tecnologias relacionais

| Tema | Idéia Central |
|---|---|
| IX - Fragilidade nas relações interpessoais | 38 - Relações fragilizadas entre os membros da equipe 39 - Falta de respeito ao outro 40 - Dificuldade de encontro e vínculo entre trabalhador, gestor e usuário 41 - Cuidar do trabalhador 42 - Resolver conflitos 43 - Motivar os trabalhadores 44 - Fazer suas atribuições |

Nos discursos dos gestores, notam-se semelhanças importantes com os discursos dos trabalhadores. Novamente as relações interpessoais e as suas fragilidades, bem como a dificuldade para a realização do encontro, do diálogo, aparecem como obstáculos à prática da humanização do cuidado no cenário de investigação.

As pessoas não têm compromisso. As pessoas não têm mais aquele compromisso com a instituição. Aí fica complicado porque a gente discute determinadas coisas, então eu acho assim, que na teoria é muito fácil. Olha a gente tá num grupo desses, discute determinadas coisas que era pra ficar no grupo e acaba não ficando. Na teoria é fácil, mas quando chega na prática é difícil. Quando chamamos as pessoas para opinar, para discutir, para fazer determinado trabalho, todo mundo quer, mas na hora que é para fazer, ninguém faz, são sempre os mesmos. O trabalho acaba não saindo se for esperar essas pessoas. A comunicação verdadeira não tem. É complicado! Por que às vezes nessas reuniões você vai lá e coloca a sua cara a tapas! É só você pensando sozinho, é apenas você sabendo determinado assunto. Então você acaba se isolando no seu mundinho, vem e faz o seu trabalho e pronto. Seu mundo é a sua sala! (DSC da IC 38).

Tem gente que não respeita o outro. Tem que ter respeito. Mais eu acho assim, temos que trabalhar em conjunto. Já falei para alguns de vocês isso muitas e muitas vezes. Eu acho que com a gestão mais aberta, com este respeito à diferença, mas pelo menos é uma possibilidade de eu estar colocando minha opinião e argumentos. Mais eu reconheço que é difícil e tem gente que não reconhece... A gente sabe que tem estas dificuldades. As pessoas podem se motivar mais. É um esforço muito grande que a gente tem que fazer para a gestão ser participativa. Falar é mais fácil do que realizar (DSC da IC 39).

A nossa escala de 12 horas e folga de 60 horas dificulta a criação deste vínculo com o paciente. Também tem o fato de ter outro emprego aí é difícil se encontrar, passa tempo pra ver determinada pessoa. Então a gente não se encontra regularmente. Como podemos criar vínculos assim? (DSC da IC 40).

O que a gente precisa é estar ajudando este funcionário a estar se mantendo bem aqui dentro, sem problema de depressão ou qualquer outra coisa que possa impedir de estarem atuando aqui dentro. Tentar deixar ele bem para quem sabe melhorar o nosso relacionamento também (DSC da IC 41).

Eu tento resolver esses conflitos da melhor forma possível, é claro que não é possível resolver todos por completo. Então eu tento fazer o que está ao meu alcance. Estamos tentando realmente humanizar. Trazer solução para problemas. Os funcionários querem que a gente resolva seus problemas particulares. Quando tem uma situação difícil, a gente sempre tenta resolver em conjunto, mais são poucas as vezes (DSC da IC 42).

Acho que o que poderia motivar seria estabelecer critérios, normas, e fazendo cumprir; assim vai estimular o bom funcionário! Motivar é nós nos darmos como exemplo. Nosso exemplo poderá empolgar as pessoas (DSC da IC 43).

Se cada um tivesse a sua responsabilidade, se assumir o que tem a fazer, as coisas poderiam ser melhor! Bem melhor. Eu estou fazendo a minha parte. A minha parte eu sei que estou fazendo. Agora... os demais... não posso responder (DSC da IC 44).

As relações entre os membros que compõem uma equipe de saúde e destes com os usuários devem configurar-se como “um campo de transversalidade, que, para se realizar, propõe que o trabalhador ultrapasse os instituídos, rompendo regras e normas, criando caminhos e soluções, tomando como referencial o seu projeto assistencial” (MATUMOTO, 2003, p. 45). As tecnologias relacionais clamam pela produção da subjetividade, assim, criando vínculos entre o todo e as partes.

O encontro, o diálogo, a escuta, a valorização e a responsabilidade pelo outro são ferramentas indispensáveis para operacionalizar as tecnologias relacionais, pois favorecem também a autonomia e o protagonismo dos sujeitos produtores de vida e saúde. Assim, “o desafio do trabalho em saúde é conseguir assumirmo-nos como corpo que muitas vezes ‘gora’, mas é capaz de ‘descolar’ e sair em busca de novas formas de agir e produzir saúde” (MATUMOTO, 2003, p. 50).

Construir parcerias é essencial para alterar o modelo de processo de trabalho em saúde vigente no EASH. A parceria inter/intragrupos favorece o encontro, o diálogo, a escuta, o vínculo, rompendo a reprodução do modelo hegemônico do cuidado em saúde centrado na medicina.

Os conflitos precisam ser resolvidos. Os conflitos afirmam a importância de construírem-se relações sólidas para a sua solução. Os tensionamentos produzidos ou presentes nessas relações necessitam de intervenções.

A PNH aponta como parâmetro para orientar a implantação de ações/ dispositivos a importância de “ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e a gestão compartilhada dos

cuidados/atenção” (BRASIL, 2006, p. 23).

A partir do momento que trabalhadores e gestores analisarem seu processo de trabalho, a organização do trabalho, as relações estabelecidas, com a capacidade de identificar os entraves ou problemas existentes, poderão tornar-se analisadores, ou melhor, co-gestores de suas produções. Quem sabe desse jeito, poderão perceber suas falhas, quais necessidades possuem, que medidas podem ser implementadas para alterar o instituído, ou ainda, acatar o que propõe Deleuze e Guatari (1999, p. 82) “colocar o desejo e a produção no desejo” flexibilizando possibilidades. Descobrir as lacunas, quebrar o instituído, romper com as amarras negativas no processo de gerir saúde, é incluir neste os protagonistas principais, é produzir sujeitos e subjetividades.

Os desencontros observados neste estudo, e registrados pelos gestores e trabalhadores, revelam as diferenças existentes,

os estranhamentos de necessidades, expectativas, maneiras de ver o mundo, concepções de saúde-doença, de intensidades, que geram fluxos de desejos que produzem ações, expressos nos conflitos [...] uma produção de sem-sentidos, uma antiprodução de saúde e vida (MATUMOTO, 2003, p. 101).

Em alguns momentos, foi identificado neste estudo, que alguns gestores negam o outro, o trabalhador. Essa desvalorização do trabalhador da saúde pode ser um fator gerador de conflitos. A negação do outro deixa transparecer “afetos que teimam em passar como fluxos e intensidades pelas fissuras do encontro” (MATUMOTO, 2003, p. 102). Esses estranhamentos nada mais são que a negação da diferença, a negação da humanização, a negação da PNH como uma política de inclusão.

Parece que quando o trabalhador não atende às expectativas dos gestores, ou da organização (EASH), ou quando questiona condutas, provoca afetos e desafetos, provoca fissuras na relação. Acho que essas fissuras podem transformar-se em linhas de fuga para (re)criar novas relações, resgatando a finalidade do trabalho em saúde, ou seja, produção de cuidado, saúde, vida e subjetividades.

A abertura para inovações, para o uso das tecnologias relacionais, tende a possibilitar um novo agir, um novo fazer, e, por que não dizer, produzir sujeitos repletos de si, de subjetividades.

Outro ponto que merece certa atenção neste estudo está diretamente relacionado à formação de vínculo entre gestores e trabalhadores. O vínculo entre eles os aproxima, construindo um território sólido, sensibilizando-os. Quando gestores e trabalhadores

constroem vínculos sólidos, conseguem definir projetos de intervenção favoráveis e factíveis de serem efetuados, conseguem, também, lidar favoravelmente com os desencontros, com os ruídos e assim produzem quebras. Essa nova relação, mediada pelas tecnologias relacionais, gera espaços coletivos nos quais a co-responsabilidade, a co-gestão e a transversalidade podem operar novos modos de ser, de fazer, de subjetivar-se. Esse novo espaço abriga a diferença, inclui todos os envolvidos.

Ao exporem os problemas com os quais convivem diariamente no EASH, os gestores deste estudo solicitam respostas para algumas de suas inquietações. Compartilham dificuldades, assumem suas diferenças e solicitam que o trabalho seja coletivo, com a possibilidade de construírem alternativas (linhas de fuga). Revelam que, em muitas situações, têm dificuldades para lidar com os obstáculos e que nem sempre conseguem estabelecer relações dialógicas. Afirmam que precisam aprender a lidar com as diversidades e reconhecem a necessidade de atravessarem ou enfrentarem essas questões, para que a produção de cuidado no EASH seja conivente com o preconizado na PNH.

A ruptura com o instituído é uma alternativa salutar para a resolução dos ruídos evidenciados neste estudo. No entanto, chamo a atenção para o fato de que a maioria dos gestores faz referência apenas aos ruídos entre eles e os trabalhadores da saúde. Se existem ruídos entre eles e os usuários, no presente trabalho não foram apontados. Esses espaços de atuação dos gestores precisam ser revisados, pois o usuário é peça fundamental do processo de trabalho em saúde e não pode ser excluído.

O desafio maior é construir ações que dêem abertura para a inclusão dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários, superando a verticalidade do cuidado, e avançar para a transversalidade, permitindo ou aceitando a “[...] incompletude, o não- saber e a necessidade do outro para agir” (MATUMOTO, 2003, p. 136). O espaço para discussão não pode centrar-se nos gestores e sim envolver a todos os protagonistas.

Assim, finalizo a apresentação e discussão dos resultados, destacando que “humanizar, significa respeitar o trabalhador [usuário] enquanto pessoa, enquanto ser humano. Significa valorizá-lo em razão da dignidade que lhe é intrínseca [...]” (COSTA, 2004, p. 17). Práticas humanizadas podem ser viáveis, basta a boa vontade e o interesse dos envolvidos.

C – Os discursos dos usuários

Apresento a seguir os temas dos usuários com as suas respectivas ICs.

Quadro 22: Percepção do usuário acerca do cuidado em saúde que recebe no EASH

| Tema | Idéia Central |
|-------------------------------------|--|
| I – Assistência em saúde é adequada | 1 - Cuidado é bom e adequado. 2 - Não expressam pontos negativos. |

Para o usuário, o cuidado em saúde oferecido na instituição é adequado, pois atende suas necessidades de saúde. No entanto, vale destacar, que a quase totalidade dos usuários participantes do estudo são social e economicamente carentes. Muitos são moradores de rua, dependentes químicos e com parcas condições de subsistência material. Assim, estar numa instituição que lhes oferece alimentação, alojamento, medicamentos, trabalhadores capacitados para cuidá-los é muito mais do que possuem além dos muros da instituição hospitalar. Parece que, para o usuário, o que qualifica o cuidado recebido são as condições materiais e humanas postas para sua execução.

Essas afirmações podem ser confrontadas no DSC da IC1, apresentado a seguir.

Coisa espetacular. Mas, é muito, muito, muito bom. Eu não tenho nada a reclamar! Eu acho bom o tratamento aqui. Cuidam bem. Isso é muito bom! É tudo muito bom! É fluido bom... acredito assim. Eu não tenho queixa. Pra mim é bom aqui. Então é um lugar que eu gostei muito, é o primeiro hospital... porque não tem [...] outro hospital que não sabe meu nome. Já fui em todos! Os remédios são tudo na hora certa. Gostei mesmo. Uma maravilha! Tem medicamento, tem tudo na hora certa. Eles vêm fazer o que tem que fazer. Eu acho que é assim, eles sabem o que fazem, a gente tá aqui pra receber. A gente começa a melhorar (DSC referente à IC 1).

Alguns usuários não expressam pontos negativos no cuidado que recebem, como pode observar-se no DSC da IC2.

Nada a reclamar. Não posso falar, não posso me queixar de nada. De nada mesmo! Eu não tenho reclamação aqui do hospital. O atendimento é bom. A atenção deles é excelente. O tratamento é perfeito (DSC referente à IC 2)

O usuário avalia o cuidado sob os aspectos do acesso, da relação, emitindo assim um juízo de valor. O cuidado é vertical, cabendo a alguém o planejamento e decisão e, a outros, a execução – no caso, o usuário é que tem que seguir o que lhe orientam, o que lhe prescrevem, sem que haja espaço para o diálogo. Assim, perpetua-se a fragmentação do processo de trabalho e o rompimento do direito elementar do usuário, o que acaba por negar o princípio da integralidade.

Através dos discursos dos usuários fica explicitado que o cuidado/tratamento não é

transversal, e sim focado no controle de sintomas, no controle da doença, o que faz parecer o uso da tecnologia leve (tecnologias relacionais) dispensável. Cuidar/tratar, nesse modelo, pode predispor os trabalhadores da saúde a perpetuar o modelo curativista. Não quero com isso dizer que no modelo curativista não ocorra cuidado humanizado, pois o conhecimento necessário para empregar as tecnologias duras é uma responsabilidade ética dos trabalhadores. Reforço que, neste estudo, o ato de cuidar parece estar sendo percebido pelos usuários como a remissão dos sintomas, o que pode favorecer a qualidade de vida deles, mas não supre a integralidade que o ato de cuidar requer. Por esse motivo, talvez, a aceitação de tudo que é proporcionado pela organização, sem qualquer questionamento ou reclamação. Talvez o tipo de usuário que frequenta essa instituição esteja tão desvalido que, para ele, o que recebe satisfaz suas necessidades. Porém, ao acompanhar o processo de trabalho de saúde, percebemos uma dissociação entre os novos pressupostos da PNH com o que é praticado naquela organização.

Merhy (1997) destaca que esse modo de cuidado praticado pelos trabalhadores da saúde precisa ser modificado e sugere um novo modelo. Para o autor, é vital produzir saúde relacionando o sofrimento manifestado com a vida de cada usuário (individual e coletivo). Uma das saídas para esse ciclo pode ser a escuta, o desenvolvimento de vínculos entre trabalhadores e usuários, o estabelecimento de relações sólidas, o respeito entre os que pensam e agem diferentemente. A escuta e o vínculo são fatores pontuados na PNH que devem ser utilizados pelos produtores de saúde.

Para a construção de práticas em saúde humanizadoras, faz-se necessário que o diálogo não seja massificado, assim como as trocas de experiências, a aceitação do ser humano como singular, como ser de desejos, sejam valorizados. A negação do usuário, em sua integralidade, poderá limitar as possibilidades de diálogo, de escuta, de acolhimento, de vínculo, mecanismos que são considerados importantes para o cuidado humanizado e o viver digno e ético.

Para Nascimento (2003), a prática de cuidado ocorre no espaço intercessor e este espaço deve ser acolhedor. Para consolidar-se um espaço de intercessão entre trabalhador e usuário, é primordial

um processo de escuta dos problemas, para uma troca de informações, para um mútuo reconhecimento de direitos e deveres, e para um processo de decisão que pode possibilitar intervenções pertinentes e/ou eficazes, em torno das necessidades dos usuários. O espaço de intercessão é um lugar de vozes e de escutas, isto é, o lugar que revela, no interior do processo de trabalho em saúde, o encontro de dois instituintes que querem falar e ser escutados em suas necessidades e demandas (NASCIMENTO, 2003, p. 46-47).

Ainda para a mesma autora, a inovação do modo de cuidar requer que incorporemos em nosso trabalho “questões epistemológicas referentes ao biológico, ao emocional e ao social, voltado para a visão coletiva do Ser” (NASCIMENTO, 2003, p. 47). A permanência do modelo instituído tende a dominar o outro, a negá-lo em sua irredutível diferença.

Os usuários precisam saber e sentir que são cuidados por trabalhadores envolvidos com suas questões, não somente relacionadas à doença, mas também à sua autonomia. Desse modo “então será produzido um espaço de intercessão de vozes e escutas, de encontros, de acolhimento” (NASCIMENTO, 2003, p. 47).

Criar vínculo pressupõe um novo modo de cuidar, altera a postura do usuário (de recebedor) e do trabalhador (o que oferece). Significa mudar o paradigma, alterar a norma, o modelo instituído, mudar comportamentos.

A abertura para novos espaços relacionais (trabalhador/usuários) pode desenvolver outro modo de produzir saúde, guiado agora pelo acolhimento e formação de vínculo, no compartilhamento de subjetividades.

Os ruídos identificados nos discursos dos usuários são possíveis de intervenção, para tornarem-se espaços intercessores, espaços subjetivos, espaços humanizados.

Um dos princípios da PNH (BRASIL, 2006, p. 17) é a

valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negras, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc).

A valorização subjetiva do usuário é negada, pois o foco do cuidado é direcionado ao corpo, ao órgão doente.

A avaliação que o usuário faz da estrutura hospitalar é apresentada a seguir.

Quadro 23: A Estrutura dos serviços de apoio do EASH

| Tema | Idéia Central |
|--|--|
| II - Serviços de apoio oferecidos no hospital ao usuário | 3 - Serviço de nutrição atende suas necessidades. 4 - A limpeza do hospital é adequada. |

A referência feita pelos usuários relacionados ao modelo de cuidado oferecido está

atrelada também à concepção deles sobre a questão da ambiência²¹, mesmo que inconscientemente, na maioria das vezes. A valorização dada à questão da ambiência é relevante. Valorizam, em especial, a alimentação. Reforço que a supervalorização dada às questões alimentares deve-se à própria condição de vida deles que, muitas vezes, são desprovidos da satisfação dessa necessidade básica.

A comida é boa! De manhã cedo vem o café, no meio-dia vem o almoço, vem até sobremesa e tal. A janta também é uma maravilha, aí, logo, logo, vem o café da noite. Se alguém aqui disser que a comida não presta, tem que apanhar! Ter o que comer e comida boa é coisa valiosa (DSC da IC 3).

É tudo muito bem limpo. Arejado, espaçoso. Tem lugar pra tomar banho de sol, jogar carta. O quarto tem cama boa, tem TV pra gente assistir e passar o tempo. O ambiente daqui é legal (DSC da IC 4).

Existem componentes que atuam como modificadores e qualificadores do espaço, estimulando a percepção ambiental e, quando utilizados com equilíbrio e harmonia, criam ambiências acolhedoras, propiciando contribuições significativas no processo de produção de saúde. (BRASIL, 2006, p. 6).

A influência do ambiente no processo de produção de cuidado em saúde é fator humanizador. Estar em um ambiente adequado, com condições salutaras favorece o cuidado de qualidade e contribui para o restabelecimento das condições de saúde dos usuários. Temos, então, um fator mediador do processo de humanização na produção de saúde: o ambiente. Pois,

nos serviços de saúde, a ambiência é marcada tanto pelas tecnologias médicas ali presentes quanto por outros componentes estéticos ou sensíveis apreendidos pelo olhar, pelo olfato, audição, por exemplo, a luminosidade e os ruídos do ambiente, a temperatura (BRASIL, 2006, p. 35).

Outro fator que merece destaque neste estudo é a valorização dos usuários aos trabalhadores da saúde que lhes cuidam no hospital. No quadro 24, esse fato é apresentado.

²¹ Ambiência aqui é compreendida como “ambiente físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutive e humana” (BRASIL, 2006, p. 35).

Quadro 24: Valorização dos usuários aos sujeitos trabalhadores da saúde

| Tema | Idéia central |
|--|---|
| III – Usuários reconhecem, valorizam e respeitam os sujeitos trabalhadores | 5 - Reconhecem o trabalho desenvolvido pela equipe de saúde. 6 - Valorizam os trabalhadores. 7 - Trabalhadores competentes para o cuidar 8 - Respeito e responsabilidade do trabalhador da saúde 9 - Profissionais de saúde como salvadores |

Como podemos observar nos registros seguintes, quando os usuários fazem referências aos trabalhadores da saúde que lhes prestam cuidados no EASH, a valorização e o reconhecimento fazem-se presentes. O usuário afirma a importância desse trabalhador e do trabalho que realiza.

O trabalho delas é até muito bom. Porque fazer o que fazem não é mole não! Às vezes pega até eu... é... sujo de fezes e daí por diante, com urina. Às vezes a gente está inutilizado e não consegue ir ao banheiro. Então usa fralda, usa aquele sabe, pra xixi. E eu vejo o serviço delas assim, bom! Muito bom! Não é fácil não! Estudar o que estuda para fazer isso. O pessoal da nutrição aí, desde a enfermagem, médico, o pessoal de atendimento é bom! Fazer o que fazem não é fácil não! Eles estão sempre atentos, em cima da gente, cuidando. De vez em quando, eles vão ali [no quarto] perguntar como eu estou, se preciso de alguma coisa. O pessoal, os doutores são bons (DSC da IC 5).

Valorizar o trabalhador por sua parcela de contribuição no cuidado em saúde, pelo usuário, é com certeza motivo de satisfação para o trabalhador. A forma de executar o nosso trabalho está diretamente relacionada com a forma de organização do trabalho. Em geral, o trabalho humano desenvolvido no EASH é associado a uma atividade penosa, obrigatória, que quando executada é para fins de cumprimento de deveres. Tanto que a recompensa por esse trabalho realizado passou a ser compreendida como o pagamento a um dever cumprido.

Ao realizar seu trabalho (trabalhadores da saúde), objetivando ações que visem à recuperação dos usuários hospitalizados, os trabalhadores muitas vezes não valorizam ou percebem a desvinculação que o usuário faz do trabalho ao seu valor material. Se o trabalhador tiver a oportunidade de realizar essa ruptura, eles podem admitir e compreender o real e verdadeiro significado do trabalho que realiza.

A manifestação de valorização que o usuário faz ao trabalhador da saúde contribuiu para que o profissional compreenda a sua importância como cidadão e trabalhador da saúde. Pode perceber o quão grandioso é seu trabalho, a importância da energia despendida.

Provavelmente essa valorização e reconhecimento apontados pelos usuários possam contribuir para que as diversidades existentes em outros pontos do processo de trabalho em saúde desenvolvido no EASH possam ser revertidas em solidariedade, em respeito, minimizando algumas ações negativas e possibilitando o desenvolvimento e crescimento individual e grupal.

Observem o discurso a seguir, referente às IC6, IC7 e IC8, em que a valorização, o respeito, a responsabilidade e a competência dos trabalhadores são reconhecidos pelos usuários.

Eles estão de parabéns, porque o tratamento é correto. Os remédios são tudo na hora certa. Toda hora e todo instante, eles estão aí conferindo tudo certinho, vendo como a gente está. Se tem algum problema, eles já pegam e... pá! O tratamento é muito bom. O trabalho deles é correto. Eles cuidam da gente. Então nós temos que ter respeito com eles também (DSC da IC 6).

São muito bons, têm competência. O médico principalmente. Tirei 3 líquidos da espinha, que é aquela injeção, e não senti nem a picada da agulha, nada. Nós tomamos remédios à noite, de manhã, duas vezes, às nove horas e às dez horas. Tudo isso eu já estou vendo que eu estou legal. Estou bem melhor. Quando eu cheguei aqui, eu cheguei muito ruim. Até para ir ao banheiro, eles tinham que me ajudar, dar banho no banheiro. Se não fosse a competência deles, não estaria melhor (DSC da IC 7).

Tem muitos que já são ignorantes [usuários], não querem fazer isso, fazer aquilo. E a gente tem que ter o respeito de cada um, mesmo com o parceiro do quarto. Deve ser uma troca. Eles fazem o lado deles e a gente faz o nosso. Tudo com respeito (DSC da IC 8).

Nós estamos na mão de Deus e nas mãos deles aqui. A nossa saúde está tudo nas mãos deles (DSC da IC 9).

Os Profissionais de saúde são descritos pelos usuários como salvadores. Tal situação pode ser entendida, também, como um possível medo dos usuários. Assim estar “nas mãos” pode significar não se envolver, deixar-se levar, não usar seus direitos.

O usuário tem seus direitos e deveres. Cada um (trabalhador e usuário) faz o seu papel. Respeito ao papel do usuário e do trabalhador é alternativa de cura, tratamento e cuidado. Provavelmente por isso a vida é colocada “nas mãos” do outro.

Os motivos que contribuíram para a hospitalização do usuário no EASH são elencados no quadro 25.

Quadro 25: Fator que ocasionou a hospitalização do usuário no EASH

| Tema | IC |
|-------------------------------|---|
| IV - Motivo da hospitalização | 10 - Destino da vida 11 - Estilo de vida predispõe o usuário a risco e vulnerabilidade. 12 - Ser portador da doença tuberculose 13 - Falta de cuidado e tratamento incorreto |

No processo de viver saudável, o ser humano está constantemente exposto a riscos, é vulnerável a inúmeros fatores e está sujeito a adquirir e/ou desenvolver incapacidades e/ou limitações. Porém, se este ser humano tiver a oportunidade de participar da promoção da sua saúde, terá condições para viver e conviver de modo mais saudável. Para tanto, é imperativo reconhecer que existe um leque de possibilidades, iniciando, pelo reconhecimento desse ser como um ser autônomo, cidadão, responsável, singular, inserido numa sociedade e num contexto e, consciente das suas necessidades e potencialidades para um agir em busca de um viver saudável, ainda que em situação de risco, vulnerabilidade e em condição de doenças e/ou incapacidades.

O conceito de risco, em qualquer campo do saber científico ou tecnológico em que venha a ser utilizado, tem um único e preciso significado: probabilidade de ocorrência de um evento de interesse. Entretanto, quando se trata de olhar o uso da linguagem em diferentes domínios do saber, ocorre uma variedade de significados que esvaziam o conteúdo estritamente conceitual da palavra **risco**, dando lugar a uma noção multifacetada, carregada de valores (BARATA, 2001).

Na atualidade, a idéia de risco possui uma indiscutível presença em vários aspectos da vida humana. Tal diversidade pode ser percebida para além dos contextos biomédico e epidemiológico, da saúde ocupacional e das ciências naturais. Percebe-se que as pessoas, em suas esferas particulares, admitem, de alguma forma, a idéia de risco, mesmo que as resultantes em termos comportamentais sejam diferentes, tais como, aceitando-a, procurando gerenciar os modos de viver, como comer, beber, exercitar-se, expôr-se ao sol, manter relações sexuais, entre outros; ou desafiando-a, adotando formas consideradas mais arriscadas que outras (CASTIEL, 2007). É importante registrar que os usuários apontaram a questão da exposição aos riscos com muita propriedade, entretanto, relacionando-a à sua condição de pobre, de desvalido, abandonado. Ampliam o conceito, sem conhecê-lo, pois os DSCs apontam para a questão da vulnerabilidade.

Ah! A pessoa que realmente nasce na favela, no morro, é pobre, não é culpa

da mãe ou do pai, é destino mesmo. Cada um tem seu destino certo? O sujeito abusa demais. Ele abusa! Isso de está aqui é destino de cada um! (DSC da IC 10).

É onde a gente se perde na vida, nos becos da vida e acaba bebendo, usando drogas é onde as pessoas pegam realmente a tuberculose. A gente também nem sempre tem acesso à informação. Aí é isso, ficamos doentes, às vezes sem saber por quê (DSC da IC 11).

Surge então, um novo conceito ainda em construção, que busca superar o caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de risco: a vulnerabilidade. Esta indica um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo o coletivo e o contextual, os quais levam à suscetibilidade de doenças ou agravos; ampliando ainda para os aspectos que dizem respeito à disponibilidade ou à carência de recursos destinados à proteção do ser humano.

Diferentemente do conceito de risco, o conceito de vulnerabilidade ainda não é familiar ao ser humano, no sentido de que não está incorporado no seu processo de viver e conviver de modo saudável. Tal conceito vem sendo construído desde os anos 80, com o advento da epidemia da AIDS, e sua vitalidade tem contribuído para uma prática renovada e uma percepção ampliada e reflexiva de prevenção e promoção da saúde, cujos determinantes extrapolam a ação patogênica de um agente viral específico (AYRES et al, 2003). Nesta pesquisa, os usuários indicam a questão do risco, porém, mesmo sem conhecerem, falam, na realidade, de vulnerabilidade, como referenciamos anteriormente.

Semelhante à proposta conceitual de Ayres et al (1999), Palma e Mattos (2001) afirmam que a vulnerabilidade social está relacionada aos processos de exclusão, discriminação ou enfraquecimento dos grupos sociais e sua capacidade de reação.

Vulnerabilidade é, portanto,

o movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al, 2003, p. 123).

Além da busca do viver saudável em situações de risco e/ou vulnerabilidade, conforme exposto anteriormente, existe outra situação que é o viver com doenças e/ou incapacidades. Tal quadro não é menos complexo e exige um olhar mais atento,

principalmente dos profissionais de saúde, no que tange às suas repercussões na vida do ser humano, considerando-o como ser bio-psico-social e respeitando sua multidimensionalidade. Os usuários, sujeitos desta pesquisa, apontaram, precisamente, essa situação, retratando mais uma vez a face real de suas vidas. Apresentam na realidade, uma vontade subjetiva de apreender mais sobre essas situações, pois se tivessem as informações e não estivessem vivendo em condições de vulnerabilidade, talvez, não tivessem enfrentando problemas de saúde. Portanto, os usuários são cômicos dessa situação. Cabe, portanto, aos trabalhadores, gestores e usuários, em conjunto, definir estratégias para a superação dessas idiosincrasias.

No discurso a seguir, representando a IC12, a busca por cuidado é retratada, como também a vulnerabilidade dos usuários.

Então a gente pega a tuberculose, sente uma dor aqui no peito, tem uma queda forte. Até parece o fim. Não é! Graças a Deus. A gente também pega de outras pessoas que nunca fica sabendo quem é. É verdade. Pega, vai ao médico, ele diz que estás com tuberculose então vais ter que fazer tratamento. Agora estou aqui internado para tratar a tuberculose. Todos aqui estão tratando a tuberculose (DSC da IC 12).

A promoção de saúde, enquanto estratégia de produção de saúde, está configurada na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006), como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal Política define que a promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país. Visa criar mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, que defenda radicalmente a equidade e incorpore a participação e o controle social na gestão das políticas públicas. Essa é uma proposta de enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua do saber e do saber fazer em saúde.

Para sua efetivação, a PNPS requer a articulação sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário e outros setores, visando reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos, sem fragmentar o ser humano no seu processo saúde-doença. Tem, como fim último, promover a qualidade de vida incorporando e implementando principalmente a atenção básica, ampliando autonomia e co-responsabilidade dos sujeitos e coletividade.

O princípio do respeito à autonomia implica: tratar as pessoas de forma a capacitá-las

a agir autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia; incorporar as convicções éticas de que os indivíduos devem ser capazes de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação; as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Os usuários afirmam que a não-adesão ao tratamento anterior estava diretamente relacionada ao não-conhecimento ou compreensão do tratamento que lhe foi prescrito. A autonomia e o protagonismo do usuário parecem ter sido anulados em processos anteriores.

Então meu tratamento foi incorreto lá fora. Fiquei na minha casa fazendo tratamento seis meses. Eu moro no estreito, lá do outro lado da ponte. Fiz seis meses de tratamento incorreto. Tem gente, realmente, conforme ele falou, que não faz o tratamento certo por que não quer. Porque criança pequena não é! Nós somos já adultos. Depende de cada um de nós. Se eu não fizer tratamento correto, somente eu vou ser o prejudicado mesmo! Vai prejudicar você mesmo! Não fiz direito agora to aqui (DSC da IC 13).

Como reverter esta situação descrita no discurso anterior? Como fortalecer o vínculo saúde-sociedade, transformando as desigualdades que predisõem à vulnerabilidade (individual, social e programática)? Pensamos, pois, no estímulo à co-responsabilidade. Porém o outro deve estar receptivo a essa condição. Quando digo “o outro” poderia dizer: trabalhador, gestor e usuário dos serviços do sistema de saúde.

A saída poderá ser fortalecer o vínculo saúde-sociedade transformando as desigualdades que predisõem à vulnerabilidade (individual, social e programática)?

Pensemos, pois, no estímulo à co-responsabilidade.

Meirelles (2003) enfatiza alguns aspectos relevantes para que se processem ações quanto à redução da vulnerabilidade social, tais como a quebra da dicotomia tradicional entre as esferas pública e privada, envolvendo os diversos setores da sociedade, vislumbrando mudanças baseadas em novos valores éticos e sociais. “A responsabilidade pessoal e social é a antítese da vulnerabilidade” (MEIRELLES, 2003, p. 283).

Precisamos refletir acerca da responsabilidade pessoal/social em duas situações, a falta de conhecimento e de condições para reduzir o risco/vulnerabilidade; e a detenção de conhecimento e de condições, mas com a permanência na situação de risco/vulnerabilidade.

Logo, eis o dilema, “quando só se pode escolher entre ser feliz correndo risco ou não ser feliz, o que a maioria de nós escolheria?” (AYRES et al, 2003). Correr riscos, para esses usuários, pode ser a única coisa que eles têm a fazer. Essa é uma questão que nos faz refletir epistemologicamente e, por isto, de difícil resposta. Para termos alguma indicação,

deveríamos saber o sentido conceitual do que é ser feliz, bem como, da palavra **risco**. Nem sempre o sabemos. Porém, se acreditamos realmente na PNH, em suas ferramentas, dispositivos, conceitos, devemos correr os riscos para tentar sua efetivação prática e quem sabe reduzir nossos próprios riscos e a vulnerabilidade a que estamos expostos, como também muitos usuários.

Botazzo (1999, p. 27-28) aborda em seu texto alguns papéis desempenhados pelo usuário na busca por cuidados em saúde.

Freqüentemente o paciente não sabe onde se dirigir quando necessita de ajuda, e lhe parecerá sempre que se dirige ao lugar errado, como parecerá para eles que aquelas pessoas que lá estão não trabalham como deviam. Depois aprenderá que é assim porque os de cima não oferecem as condições necessárias e também porque o próprio paciente não procura o lugar certo e no momento adequado que seu caso requer, e isto tumultua o funcionamento da saúde e não permite que seus serviços sejam como deviam.

Embasada nesse autor e resgatando os DSCs dos usuários identificados, é possível inferir que o motivo da hospitalização para alguns dos usuários do estudo foi a não-adesão ao tratamento prescrito ou proposto em situação anterior à hospitalização atual. Aliando essa situação, ao modo de viver individual/coletivo que os expôs às diversas situações de riscos e vulnerabilidade.

Reporto-me novamente ao estudo, comparo mais uma vez a narrativa de Botazzo (1999, p. 27-28) “[...] o paciente não sabe onde se dirigir quando necessita de ajuda [...]”, e acrescento: o usuário desconhece seus direitos e deveres e, na maioria das vezes, os trabalhadores da saúde não cumprem seu papel de educadores. Desconhecem também os programas, as políticas, as redes sociais e terapêuticas disponíveis, o que poderia inferir sua baixa adesão à busca de informações na área e/ou a não-oferta destas, pelos responsáveis pela gestão do sistema de saúde. Numa ou noutra situação, ficaria patente a desorganização do sistema nesse aspecto. Por outro lado, muitos gestores ou trabalhadores podem omitir e não compartilham esses saberes com os usuários, o que denotaria falta de profissionalismo ou descaso com os direitos dos usuários e deveres dos trabalhadores e gestores.

Uma pequena amostra do não-compartilhamento dos saberes entre trabalhadores e usuários é destacada neste estudo quando os usuários foram questionados sobre seus conhecimentos sobre a PNH.

Quadro 26: O conhecimento dos usuários sobre a PNH

| Tema | Idéia central |
|--|---|
| V - Conhecimento da Política nacional de Humanização | 14 - Desconhecimento sobre a PNH pelos usuários |

A PNH, formalmente, tem cinco anos, tendo em vista que a publicação da mesma se deu no ano de 2003. Comparo a idade da PNH a de uma criança. Uma criança de cinco anos vive momentos de descobertas, está exposta a riscos, é vulnerável, acerta, erra, é corrigida e corrige. Na alfabetização, começa a descobrir letras, cores, formas, figuras, a utilizar números, dentre outras ações de iniciação. Ao juntar letras, forma palavras e, ao compreender e apreender sobre o significado das palavras começa a conformar frases.

O fato dos usuários não conhecerem a PNH pode estar relacionado ao pouco tempo de sua execução, aliado à pequena estrutura dos governos (Federal, Estadual e Municipal) para contribuírem na implementação dela, em sua plenitude. Essa conjugação de fatores contribui para que trabalhadores, gestores e usuários desconheçam-na, em especial, no que tange aos seus pressupostos teórico-metodológicos. Neste estudo, foi possível identificar o desconhecimento dos usuários sobre essa política. Porém, esse desconhecimento, se reforçado pelos trabalhadores e pelos gestores, demonstra a importância de trabalhos dessa natureza, em todas as esferas do Sistema Único de Saúde (SUS), para que possamos – todos – coletivamente, encontrar modos para a aplicabilidade da PNH. Pasche (2008, p. 1) destaca que é importante ter

coragem, generosidade, dar passagem, permitir-se tocar pela diferença para diferir, tudo isto com o propósito de aprimorar o SUS, aposta ético-política que une este grupo, que tem por intento com suas reflexões e ações práticas qualificar serviços e práticas de saúde em defesa da vida, melhorando nossa experiência em sociedade.

No caso desta pesquisa, indico a necessidade maior de divulgar a PNH para os usuários, em especial, sobre seus direitos e deveres.

Não, Nunca ouvi falar! É alguma coisa do governo? É pra mudar alguma coisa ou dificultar mais o nosso tratamento? (DSC da IC 14).

Aqui a aposta maior seria na divulgação da PNH para os usuários, em especial sobre seus direitos e deveres. Uma das propostas contidas na PNH está relacionada com a ampliação

do horário da visita nos estabelecimentos hospitalares. No quadro 27, apresento a percepção do usuário acerca do horário de visita estabelecido na instituição.

Quadro 27: Percepção do usuário sobre o horário de visita

| Tema | Idéia Central |
|--|---|
| VI - Visita aberta não foi instituída. | 15 - Horário inadequado para visitas 16 - Necessidade de ampliação do horário de visitas |

Destaco três parâmetros importantes para a implementação de ações na atenção hospitalar sugerido pela PNH (nível A) que devem ser seguidos pelos trabalhadores e pelos usuários com o intuito de garantir o cuidado. Esses parâmetros guiam a implantação de dispositivos/ações simples e que podem ser adotados na instituição para que o cuidado seja integral.

Garantia de visita aberta, pela presença do acompanhante e de sua rede social, respeitando a dinâmica de cada unidade hospitalar e peculiaridades das necessidades do acompanhante; existência de mecanismos de desospitalização, visando alternativas às práticas hospitalares como as de cuidado domiciliares e; garantia de continuidade de assistência, com ativação de redes de cuidados para viabilizar a atenção integral (BRASIL, 2006b, p. 31).

Percebe-se pelos discursos dos usuários que é necessário a ampliação e adequação do horário estipulado para os familiares²² visitá-los no hospital. Observem os discursos a seguir.

A visita começa a entrar às 14 horas. Tem pessoas que às vezes não têm condições de vir neste horário, somente podem vir na parte da manhã. Não tem horário de visita pela manhã (DSC da IC 15).

Acho que poderia ter um horário mais acessível. Ampliar, ser mais flexível! 90% das pessoas são trabalhadoras, funcionários públicos, do comércio, dependem de ônibus, depende de tudo. Seria bom de manhã ter horário. E a tarde também é claro. É! Um horário a mais. Tem gente que às cinco horas nem saiu do serviço ainda! (DSC da IC 16).

A hospitalização é quase sempre um momento muito difícil para o usuário e sua

²² Corroboro com o conceito de familiar apresentado no estudo de Nascimento (2003, p. 31), pois a autora assim se expressa: “entendo por familiar àquela pessoa com quem o doente mantém um laço afetivo, mas que pode ter ou não laços de consangüinidade. É aquela pessoa em quem o doente confia, que deseja ter a seu lado, que o conforta, motiva, que lhe dá segurança”.

família, sendo que essa experiência desencadeia muitos sentimentos e fatores que podem causar angústia e medo em ambos.

Ter um ente hospitalizado, afastado do convívio familiar, num ambiente em que geralmente observa-se a falta ou mesmo desrespeito à sua privacidade, excesso de estímulos auditivos, a falta ou escassez de informações e o restrito horário de visitas, são todos elementos que ocasionam sofrimento nos familiares e nos usuários.

Alterar esse fator é uma medida simples a ser incorporada pelos gestores e trabalhadores do EASH, que contribuirá, e muito, para a humanização do cuidado.

No quadro 28, apresento o que significa para o usuário a humanização do cuidado ou humanização nos serviços de saúde.

Quadro 28: Significado de humanização no cuidado em saúde para os usuários

| Tema e Subtema | Idéia central |
|---------------------------------------|--|
| VII - Humanização do cuidado em saúde | 17- Respeito e valorização do usuário 18 - Troca, cuidado com respeito 19 - Atenção às pessoas 20 - Uma política da organização |

A interpretação dada pelos usuários ao significado de humanização do cuidado em saúde é expressa nos seguintes DSCs e suas respectivas Idéias Centrais.

Aqui pelo menos aparenta que as pessoas te dão crédito! Eu preciso ter crédito para continuar aqui, a ter esperança. Cuidar da gente com respeito, valorizar também quando a gente acerta. A gente não erra sempre (DSC da IC 17).

É... as pessoas cuidando de nós! O cuidado de nós é correto, é muito bom, é bonito. Eu estou aqui, tenho olho para ver, para enxergar. Todo aquele movimento das pessoas para cuidar de nós. É muito bonito o cuidado deles. Eles trabalham forte, trabalham forte mesmo. Eu vejo assim, tipo sabe lá. Envolve uma política isso aí de humanização. Depende também das condições que o hospital tem. E a gente tem que ter o respeito de cada um, mesmo com o parceiro do quarto. Deve ser uma troca. Eles fazem o lado deles e a gente faz o nosso. Tudo com respeito. Todos cuidando pra gente curar a tuberculose (DSC da IC 18).

Pois agora! Humanização seria isso, atenção e confraternização. Atenção das pessoas do serviço. A humanização... para mim do jeito que está, está ótimo. É... as pessoas cuidando de nós! O cuidado de nós é correto, é muito bom, é bonito. Eu estou aqui, tenho olho para ver, para enxergar. Todo aquele movimento das pessoas para cuidar de nós. É muito bonito o cuidado deles. Eles trabalham forte, trabalham forte mesmo (DSC da IC 19).

Envolve uma política isso aí de humanização. Depende também das

condições que o hospital tem (DSC da IC 20).

O conceito de humanização extraído dos discursos dos usuários está diretamente vinculado ao cuidado em saúde que recebem no EASH por seus executores, os trabalhadores.

A humanização é impregnada pelo caráter valorativo. Restabelecer a saúde dos usuários é transformar as práticas de cuidado mediante a expressão do sofrimento manifestado pelo corpo/órgão doente.

Heidegger (1995) aponta positivamente para o fato de que se o ser do humano é um estar lançado no mundo, numa reconstrução constante de si mesmo e desse mundo, elucidada pela idéia de cuidado. Será coerente assumir que as práticas de saúde, como parte desse estar lançado, tanto quanto dos movimentos que o reconstroem (ser humano), também se elucidam como cuidado? (AYRES, 2004).

No processo de viver humano, todos se movem e/ou são movidos pelo cuidado, isso quer dizer, que todos dependem do cuidado nas diferentes etapas de suas vidas. As necessidades de cada indivíduo e de cada grupo determinam o cuidado de que carecem. De outro modo, a dependência, a independência e a interdependência do cuidado constituem-se em variáveis marcantes em cada situação dada e nas diferentes culturas de forma muito particularizada (TEIXEIRA, 2002).

O termo cuidado, no processo de viver humano, é então rico, contraditório, ambivalente e demasiado complexo para atingir a compreensão humana em profundidade. Além de atrativo, dinâmico, interativo, associativo, o cuidado caracteriza um movimento contínuo e permanente de retroalimentação. O cuidado incorpora em seu princípio vital uma forma dialética e inatingível de compreender as oposições entre humano/desumano, sujeito/objeto, cuidado/descuidado (MARTINS et al, 2008).

Interpreta-se, nessa perspectiva, a humanização como o exercício do cuidado aos seres em sua totalidade. O cuidado é humanizado quando ocorre aproximação da equipe com usuários e familiares, o compartilhamento de experiências capazes de valorizar e reconhecer a singularidade do outro pelo diálogo. É fundamental que haja uma mudança de comportamentos, pois para humanizar é preciso antes de tudo humanizar-se e para isso ocorrer requer boa vontade e intenção.

Em contra ponto a essa afirmação, Souza e Moreira (2008, p. 327) declaram que “discutir humanização significa: rever idealizações que desconsideram os limites do humano, admitir o conflito como motor de negociações e colocar em análise a forma como os grupos

se organizam em seus processos de trabalho”. Porém, não significa que ao estabelecermos o conflito como motor de negociações venha a impedir a execução de uma política de humanização de qualquer instituição de saúde. Entretanto, admitir tal situação agrega à estrutura conceitual uma nova característica desse processo dinâmico e dialético.

Um dos princípios do cuidado humanizado é garantir a integralidade das ações. Que o usuário seja cuidado em sua totalidade, em sua diferença. No entanto, para os usuários deste estudo, a certeza da continuidade do cuidado que está sendo executado no EASH torna-se uma incerteza, com a perspectiva ou proximidade da alta hospitalar.

O quadro 29 aborda a perspectiva de continuidade do tratamento.

Quadro 29: Certezas e incertezas da continuidade do tratamento

| Tema | IC |
|--|---|
| VII - Continuidade ao tratamento proposto. | 21 - Certezas da adesão 22 - Dificuldades para prosseguir/continuar tratamento |

O modo de vida desses usuários está diretamente relacionado com as possibilidades de continuar ou não o cuidado proposto. Reforço que esses usuários têm história de vida, são dependentes químicos, possuem problemas sociais importantes. Apesar de ficarem no EASH por um período prolongado, durante essa permanência, todo o cuidado a ele oferecido estava apenas direcionado a doença (tuberculose).

Eu adoro isso aqui! Aqui é melhor! É muito melhor! Eu vou conseguir continuar o tratamento porque eu vou para outro lugar! Melhor! Melhor não! Aqui também é bom! Eu digo que lá, para onde eu vou é melhor porque lá tem o que fazer. Eu vou pra São João Batista. É um centro terapêutico. Eu vou para lá! Eu vim da rua. Na rua não ia conseguir. Era capaz de eu pegar o remédio e jogar tudo fora como eu fiz da outra vez! Joguei no rio. Conseguiram para eu ir para este lugar! Eu pedi para as mulheres que passavam aqui, as voluntárias! (DSC da IC 21).

Eu também não tenho casa! Vai ser difícil continuar o tratamento. Eu não sei o que vou enfrentar lá fora (DSC da IC 22).

A meu ver a inclusão do usuário no processo de produção de vida, saúde e cuidado foi negada. O cuidado é para a doença, para o corpo. O usuário também é excluído desse processo de cura/cuidado/tratamento. A ele parece que apenas basta seguir o que foi imposto ou decidido por outros, como mostra o quadro 30.

Quadro 30: Como ocorre a inclusão do usuário no processo de produção de saúde e cuidado

| Tema | Idéia central |
|--|---|
| IX - Processo de produção de vida, saúde e cuidado | 23 - Cuidado apenas para a patologia 24 - Não participam do processo terapêutico e do cuidado em saúde 25 - Tratamento igual, sem distinção |

Nas instituições hospitalares, o cuidado assume, na maioria das vezes, o caráter biomédico. A saúde que se quer está atrelada ao poder decisório da equipe médica. As ações são propostas e executadas sem que aja o compartilhamento de saberes. Para alterar esse cenário, em que predomina a ótica hegemônica da medicina, faz-se necessário “reconstruir estruturas, saberes, normas e valores fundantes da Racionalidade Gerencial Hegemônica. O que somente será viável com a mudança simultânea dos sujeitos concretos que habitam estes espaços” (CAMPOS, 2007, p. 42-43).

O EASH deste estudo, não difere de tantos outros, cujo imperativo de tratamento e cuidado é o modelo biomédico. A PNH, ao resgatar diversas estruturas conceituais, criando uma nova releitura, opta por uma atenção diferenciada do apontado, pede a abertura de espaços de compartilhamento entre os envolvidos na produção da vida, do cuidado e da saúde. O cuidado deve transcender a medicalização, a unidireção, o anonimato dos envolvidos, como é relatado nos discursos a seguir e expresso nas ICs.

Os remédios que eles dão são pra curar minha tuberculose! Tomo remédio que eles dizem ser para isso! (DSC da IC 23).

A gente não costuma conversar sobre o nosso tratamento. Acho que eles sabem o que fazem... Nunca perguntam não, chegam e vão fazendo (DSC da IC 24).

Tratam todo mundo igual, pode ser rico, pode ser pobre, pode ser branco, negro. Eles tentam fazer o melhor possível. Pelo menos, do meu ponto de vista, eu acho isso. São as pessoas que são estudadas e também acolhe a todo ele aqui! (DSC da IC 25).

A medicina procura solidificar cada vez mais suas ações, através da eficiência técnica. Os trabalhadores devem ter competência técnica, no entanto, essa competência não pode estar desvinculada da capacidade de interação entre os diversos atores sociais e do uso de tecnologias leves. Os usuários, mesmo que de modo tímido, clamam aos médicos para que eles instrumentalizem-se e usem ferramentas tecnológicas ligadas ao campo das emoções, do diálogo, da permissão para a abertura, para o encontro. Ampliar essa clínica é buscar

caminhos para a receptividade e compreensão do outro, para a aceitação do diferente. A relação dialógica entre médico e usuário é fundamental para a adesão ao projeto terapêutico proposto.

Quando as relações firmadas entre usuários e médicos não é sólida, a repercussão dessa inadequação dar-se-á pela unilateralidade (geralmente do médico) no ato de produção de cuidado. Nesse ponto, faz-se importante destacar que para a qualidade do cuidado é imprescindível conhecer o outro, conhecer sua história, sua narrativa de vida. Assim a possibilidade de criação de vínculo fica mais próxima de ambos (trabalhador e usuário).

No quadro 31, é apresentada a interpretação dos usuários sobre a integralidade no cuidado em saúde.

Quadro 31: Como o usuário percebe a integralidade no cuidado

| Tema | Idéia Central |
|---|---|
| X - Percepção da integralidade no cuidado | 26 - Narrando a história de vida 27 - Poder de decisão da medicina |

Merhy (2008, p. 2) afirma que as diversas profissões da saúde

olham o campo do cuidado, onde atuam fundamentados pela compreensão de que a doença, enquanto processo instalado de maneira patológica no corpo biológico de órgãos, disfuncionalizando-o, é uma das mais importantes causas de sofrimento individual ou coletivo.

Essa afirmação atesta que o modelo atual de cuidado/produção de saúde é direcionado ao corpo, ao órgão, à doença, ou seja, à patologização individual e coletiva. A medicalização assume o caráter do agir terapêutico e torna-se o alvo central de qualquer plano de cuidado ou intervenção. Perpetua-se, nesse prisma, o cuidado e a clínica para o corpo/órgão, anulando os processos intercessores “que os encontros cuidadores constituem” (MERHY, 2008, p. 6).

Apesar dessa indicação não ter emergido dos dados, é perceptível, na organização do modelo atual de serviço, que o cuidado curativo e a medicalização acabam por tornarem-se centrais no processo de trabalho, também do ponto de vista do usuário, quando ele descreve o atendimento recebido.

Perguntaram-me do começo até o fim da minha vida quando cheguei. No segundo dia que estava aqui! Uns meninos novinhos pareciam já médicos. Não sei por que perguntaram tanto. Mas muitas vezes não perguntam não, a gente é que fala. Eu, quando cheguei aqui, eles fazem uma entrevista no

caso, me perguntaram o que eu fazia. O que usava. É um troço muito importante porque daí eles sabem o que fazer e como tratar. Se no caso o usuário de droga, tem certo medicamento que pode ser necessário, uma coisa assim. A tua vida acarreta no tratamento Eu acho muito importante esta entrevista! É para saber tudo direitinho. É onde você não pode mentir. Falar a verdade. Porque daí, tudo vai ser direito e você vê o resultado (DSC da IC26).

Eu fui um exemplo disso aí, do abandono do tratamento. Fui para a rua achando que estava bom e não foi nada daquilo que pensei. Daí a médica me falou tipo assim: não aceitam de volta aqui se você pedir alta, pedir para sair sem terminar o tratamento, tem que fazer o que a gente quer fazer. Não aceitam no hospital! Mais me aceitaram. Quem quer se curar tem que ouvir até o dia da alta a decisão deles, o que eles querem fazer contigo. Tem que partir deles a alta. Então eles são profissionais para isso. Eu me sinto muito bem. Do jeito que eu entrei e do jeito que eu estou hoje! Quando eu entrei aqui estava feio. Hoje eu respiro bem. Eu usava álcool e drogas. Mais agora se Deus quiser e me ajudar eu não quero mais saber disso. Tem que ser por mim. Ninguém na rua vai me ajudar. Aqui os médicos tão cuidando da minha tuberculose e lá fora quando eu sair vou procurar tratamento para o álcool e a droga. Porque no hospital tratar a tuberculose é o mais importante o resto é o resto (DSC da IC27).

Fixar nossas ações de cuidado à tecnologia dura e à leve-dura pode dificultar a reversão desse modelo instituído. Utilizar maciçamente tecnologias leves que possibilitem edificar espaços intercessores na produção do cuidado pode ser a construção de “um lugar do agir tecnológico em saúde” (MERHY, 2008, p. 6).

Imaginar que poderão existir práticas de cuidados, ou melhor, linhas de fuga que perpassem o território da clínica para (re)construir novas relações sociais

possibilita a construção de convivência cidadã com a diferença, coloca a construção do cuidado muito além do próprio campo tecnológico mais comprometido, onde se opera no campo da saúde como que visando esse platô de ação para outros campos das práticas sociais, como a política por exemplo (MERHY, 2008, p.13).

Urge a necessidade, então, de romper com essa percepção de cuidado focado na doença, no corpo. O processo de cuidado atrelado ao modelo biológico ocasiona anestesia da escuta, do vínculo, perpetuando a negação da diferença, a negação do outro em sua subjetividade.

Um dos desafios para alterar o cenário encontrado no EASH estudado seria implantar o acolhimento focado na produção da vida, na invenção de novos modos de cuidar, na indissociabilidade na maneira de produzir saúde (BRASIL, 2006).

Outra opção de fácil aplicabilidade é possibilitar o protagonismo dos envolvidos na produção da saúde, vida e cuidado. O protagonismo dos usuários é compreendido por eles como a tomada de consciência de sua situação.

Quadro 32: Como o usuário percebe seu protagonismo no cuidado em saúde

| Tema | Idéia central |
|---|----------------------|
| XI - Percepção do protagonismo no cuidado | 28 - Conscientização |

Participar do nosso cuidado é então a gente se conscientizar? (DSC da IC 28).

Com certeza, a conscientização sobre a sua condição é o início para o protagonismo desse sujeito. Outro mecanismo importante para efetivar o protagonismo é o acesso às informações, como se pode ver no quadro 33.

Quadro 33: Percepção dos usuários sobre o direito a informação

| Tema | Idéia Central |
|--|--|
| XII - Como o usuário interpreta o direito à informação sobre sua situação de saúde-doença. | 29 - Não sabem dizer quem lhes cuidam. 30 - Desconhecimento da medicação utilizada 31 - Não participam do tratamento prescrito. 32 - Tratamento para a doença/corpo/órgão |

O desrespeito ao usuário consiste em ignorá-lo, negá-lo como indivíduo diferente e com direitos e ainda na impossibilidade total de convivência, que pode levar ao afastamento ou, em casos extremos, à eliminação do outro (DUSSEL, 2002, p. 363-372).

A capacidade de conviver com o enigma do “Outro” requer que permitamos olhar para o interior de nossas diferenças, reconhecendo aquele “Outro” como sujeito possuidor de direitos e deveres que precisam ser preservados e ampliados. Reconhecer e aceitar as diferenças permite que a alteridade manifeste-se e assim seja processada de forma contínua, tendo em vista que o enigma sempre está a ser desvendado. Portanto, esse processo é um mecanismo de construção de cidadania. E, no caso, de políticas e ações humanizadas.

Nos discursos a seguir, é apresentado como o usuário percebe o direito de informação.

Eu não sei não o nome deles! O nome eu não sei não! Nunca me falaram! (DSC da IC 29).

Tem que ver no meu prontuário. Nos papéis deve ter tudo anotado lá o que tomo (DSC da IC 30).

Ah! Eu até queria dizer isso para a médica de fazer o tratamento em casa com meu marido mais eu tenho medo. Não sei o que ela vai dizer! (DSC da IC 31).

Eu queria ir de alta. Mais somente quem pode dar alta é a minha médica! Quero ir para casa. O meu tratamento é somente para a doença. Então eu posso fazer isso, o tratamento em casa! Eu acho assim, o melhor é ficar aqui. Mais já que eu tenho o meu marido para ajudar eu queria tentar. Fazer o tratamento em casa. Eu queria tentar! (DSC da IC 32)

Segundo Freire e Moreira (2003, p. 97),

o Outro sempre transborda e ultrapassa a minha compreensão, se constitui excesso de significação. Tratar o outro como gostaria de ser tratado. Esta abertura ao Outro, mesmo significando uma responsabilidade radical para com o próximo, não é fruto de uma intencionalidade, mas de uma sensibilidade onde o Eu deixa-se impactar pelo estranho, pelo extremo, pela alteridade, e torna-se refém do Outro.

Esses aspectos reforçam a questão do enigma do Outro, o que, na relação com os sujeitos que são cuidados, precisam ser estabelecidos e valorizados enquanto ação concreta, cotidiana no setor de saúde.

Para Levinas (1980), o Eu é portador da responsabilidade para com o outro, instaura a situação ética e emerge um novo imperativo categórico que põe a interpelação ética como princípio da justiça. Importante destacar, que

[...] não bastam direitos sem que os seres de direita assumam também os deveres correspondentes [...] o individualismo só pode ser superado com o reconhecimento de que o outro, todo outro, também tem direitos, ou até mesmo a primazia sobre o Eu, e que cada eu tem deveres para com os outros, e por isso, deveres com a geração atual e inclusive com as gerações futuras (ASSMANN, 2007, p. 205).

Nosso compromisso com o usuário requer uma atitude ética e a garantia de seus direitos, preservando os princípios da justiça. Godoy (s/d, p. 2) afirma que

a eticidade levinasiana é mediada pela linguagem. Para ele, o pressuposto, o balizamento central reside no horizonte da manifestação do outrem, como expressão fenomenológica, e na resposta do eu como dialogicidade. Só assim é possível a reverência ao diferente, ao humano, e em consequência a construção da justiça que gera a paz.

Minha subjetividade, portanto, é configurada pela relação estabelecida com o usuário e pela minha responsabilidade diante dele. É no rosto deste, concreto, em carne e osso, que o olhar de seu rosto interpela-me e convoca-me a uma resposta. Assim, essa relação é enigmática e, no cuidar, deve estar presente. Isso é reforçado por Levinas (1993, p. 59), ao declarar que,

a visitação do rosto não é, portanto, o desvelamento de um mundo. No concreto do mundo, o rosto é abstrato ou nu. Ele é despido de sua própria imagem. É somente pela nudez do rosto que a nudez em si chega a ser possível no mundo. [...] o rosto entra no nosso mundo a partir de uma esfera absolutamente estranha. A significação do rosto, sua abstração, é, no sentido literal do termo, extraordinária, exterior a toda ordem, a todo mundo.

Portanto, compreender e olhar esse sujeito que está sendo atendido num serviço de saúde é desvelar um sujeito não-conhecido, ou que jamais poderia ser descoberto se o positivismo fizer-se presente, como pressuposto filosófico, numa relação interpessoal.

Destaca-se, então, a valorização do encontro. Ao permitirmos as trocas entre os sujeitos, valorizando a participação, estaremos propiciando a aceitação deles. O ser humano não pode ser negado em sua alteridade, em sua condição de sujeito. Fica evidente a necessidade de apreender-se como estabelecer relações com o sujeito. Talvez, um dos caminhos iniciais para reconhecer o sujeito seja aceitar que ele também tem desejos e objetivos e, mesmo que esteja, por exemplo, internado num EASH, ele os mantém e, nesse momento, é necessário e importante reconhecer tal situação.

O encontro com um outro, portanto, entendido enquanto alteridade, é característico de toda e qualquer atividade humana, desde que mediada [...] a mediação caracteriza não somente a relação social, mas também a relação consigo mesmo, esta igualmente social [...]. O encontro permanente e incessante com um outro possibilita reconhecer a pluralidade do que se é e do que se pode vir a ser (ZANELLA, 2005, p. 102-103).

O encontro, no trabalho em saúde, entre trabalhador e usuário, é a abertura inicial para as relações. “O sentido existencial dessa relação é configurado como um encontro

desejante com as circunstâncias – o ato de se colocar diante do Outro e engendrar as possibilidades de ambos e seu mundo compartilhado” (AYRES, 2001, p. 67).

O encontro desprovido de respeito, cuja responsabilidade pelo ser humano é negada, assim como as diferenças, objetifica a relação.

É como se houvesse entre sujeito-profissional de saúde e sujeito-população um vazio. É como se cada sujeito saísse, de repente, de seu nicho individual, de sua mesmidade, e fosse a alguma arena neutra, desde sempre existente, desde antes de nós, pra se encontrar e buscar a saúde (AYRES, 2001, p. 68).

Este agir/encontrar desprovido de sensibilidade em que a alteridade é negada, cujo diálogo é ineficaz, corrobora o desencontro, a não-criação do vínculo entre trabalhador e usuário.

No cuidado em saúde

compartilhamos experiência e estabelecemos relações mediadas por instâncias. No caso da instância instituição de saúde, a aproximação entre usuário e trabalhador de saúde promove um encontro, este ficar em frente um do outro, um e outro sendo humanos, com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, mas em situação de desequilíbrio, de habilidades e expectativas diferentes, onde um, o usuário, busca assistência, em estado físico e emocional fragilizado, junto ao outro, um profissional supostamente capacitado para atender e cuidar da causa da sua fragilidade. Deste modo cria-se um vínculo, isto é, processo que ata ou liga, gerando uma ligação afetiva e moral entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos (BRASIL, 2004, p. 14).

Assim, a convivência com o diferente pode ser difícil, pois, pode ocasionar angústia e sofrimento. Por isso, precisamos compreender a diferença pela identidade. Identidade e diferença permeiam a subjetividade do ser humano e são os alicerces para a alteridade em virtude de a diferença caracterizar a identidade (LEVINAS, 1980).

A diferença presente no ser humano pode fazer surgir, através de relações dialógicas, a solidariedade. Vale destacar que muitas das experiências registradas e que se utilizam da PNH enfocam uma alteridade que na prática é negada. Se utilizarmos a base teórica de Levinas (1980), muitas ações consideradas como humanizadas, não reconhecem o sujeito como sujeito. Parece, a nosso juízo, que o sujeito usuário, apesar de ser pólo ativo no processo, muitas vezes não é reconhecido em sua alteridade. O que não seria um problema da concepção da PNH e sim da execução feita pelos diversos trabalhadores de saúde.

Talvez, um dos princípios para efetivar a PNH seria a adequação do diálogo entre trabalhadores, gestores e usuários. Levinas (1980) atribui à linguagem um sentido ético, pois,

através dela o ser humano confere sentido ao mundo. A linguagem é a abertura para a alteridade, ou seja, significa responsabilizar-se pelo ser humano.

Esse outro não poderia ser negado nem desconsiderado, uma vez que ele se encontra justamente fora da dimensão do jogo do meu Eu. O outro que vem ao meu encontro, que chama por justiça em sua interpelação, rompe com o sistema de opressão, com a ideologia ou ilusão, ele rompe com o egoísmo do eu (SIDEKUM, 2005, p. 123).

A comunicação estabelecida entre o usuário e o trabalhador é impregnada de vieses. Parece, a meu ver, que é unilateral. Isso pode ser observado no quadro 34.

Quadro 34: Comunicação entre usuário e trabalhador da saúde

| Tema | Idéia Central |
|---|---|
| XIII – Comunicação e interação da equipe de saúde com usuário e entre si. | 33- Trabalhadores não dialogam com usuários. 34 - Trabalhadores falam entre si. 35 - Trabalhadores só conversam quando são demandados. 36 - Medo de conversar com profissionais 37 - Trabalhadores não tem tempo para conversar com usuários. |

A linguagem é a abertura ao sujeito, o estrangeiro, o diferente. No entanto, para que o Eu possa encontrar o sujeito, no ato do cuidado em saúde, faz-se necessário o encontro. A linguagem é o espaço para o encontro entre trabalhador e usuário. É o lugar do reencontro com o desconhecido, o estranho. Encontrar o Rosto, que me chama, que clama pelo diálogo. Levinas (1980) compreende a existência humana a partir da análise das relações do ser humano com o mundo. Neste estudo, é visível que o encontro entre trabalhador e usuário é impregnado de vieses e desencontros. Observem os DSCs com suas respectivas ICs que reforçam a importância de estabelecer-se o verdadeiro encontro entre trabalhadores e usuários e de fazer-se uso das tecnologias relacionais.

Não podem misturar as coisas, principalmente trazer problemas pessoais para cá! Somos seres humanos e o ser humano não é perfeito; eles devem cuidar de nós e não... Eles misturam as coisas e isso é ruim. Aqui é um local de serviço, que estão lidando com pessoas que estão doentes, tem depressão, nervosa e querem certa atenção a mais (DSC da IC 33).

Eles se conversam mais a gente não participa. Eles se falam o tempo todo. A gente vê da janela de vidro; acho que se dão bem! (DSC da IC 34).

Eles conversam com a gente sempre que a gente pede alguma coisa! A gente chama aí eles vêm saber o que a gente quer (DSC da IC 35).

Eu até queria dizer isso para a médica de fazer o tratamento em casa com

meu marido mais eu tenho medo. Não sei o que ela vai dizer! Às vezes a gente quer falar mais fica assim sem saber se fala (DSC da IC 36).

Às vezes não dá de conversar não. Eles passam tão rápido que quando tu começa a falar eles já foram embora! Às vezes dá para falar. Eles escutam mais dizem para nós que sabem o que estão fazendo e para a gente confiar! Sempre é tão rápido. Atende bem mais parece que não dá tempo para conversar! Estão sempre correndo! Coitados devem ter tantos pacientes para examinar! (DSC da IC 37).

Outro aspecto referenciado no DSC dos usuários retrata as relações dialógicas estabelecidas entre estes e os trabalhadores de saúde. No entanto, ao referirem-se especificamente à relação médico e usuário é visível o distanciamento das relações dialógicas e a centralização no cuidado biológico, na medicalização. Isso pode ser observado nos discursos e nas suas respectivas idéias centrais.

Kolrec (2006), em seu estudo, cujo tema é o Problema do Ser na obra de Levinas, afirma que este autor tencionava compreender o significado/sentido da relação do Ser com o mundo. Uma das possibilidades apontadas por Levinas na obra “Totalidade e Infinito” é a linguagem.

Parece que o seu interesse pelo sentido se concentra sobre a sua expressão ou constituição da linguagem, para desentranhar os acontecimentos que tornam possível o sentido estabelecido na linguagem, por diferença em relação a Husserl – ou, radicalizando as descobertas deste – que analisou a doação sensível, a percepção, como alteridade fundamental da consciência, encontrando a partir dela os acontecimentos doadores de sentido. A linguagem, portanto, não é um instrumento transparente e improdutivo; ela traduz e trai o significado. Para desocultar o significar, ela deve fazer o salto para além dos entes e do aparecer, deve traduzir – ou operar – esta ruptura ou interrupção do gesto do ser (KOLREC, 2006, p. 49).

Para Freire e Moreira (2003, p. 96)

o Outro, o estrangeiro, sempre será estranho, mesmo aquele que habita dentro de nós mesmos – o outro (de mim ou de outrem). Ser sujeito, portanto, é já ser subjugado ao outro. Jugo do outro que me obseda, que me persegue, que me intima, que me exige e que me domina.

Sendo assim, a centralidade do meu pensamento, de acordo com Levinas (1980), está no rosto. O Rosto visado, porém invisível, que me reconduz a realidade. “Acolher o rosto é inscrever-se na relação ética onde ele, Rosto, resiste a qualquer apreensão, mas não me violenta” (FREIRE, MOREIRA, 2003, p. 96).

O rosto do Outro apela por uma resposta, observa-me, expressa subjetividade, solicita o diálogo. “O Rosto dirige-se a mim, expondo-se de frente, fazendo face ao Eu, dizendo a sua identidade ou seu próprio conteúdo. Ele é essencialmente olhar e palavra: é mais do que imagem sensível [...]” (KOLREC, 2006, p. 194). O olhar não é apenas visão, o olhar é expressão, é linguagem. O rosto é a abertura para a linguagem porque interpela. A linguagem é evocação, diferencia entre “ser e significar” (KOLREC, 2006, p. 210).

A abertura ao ser humano incita a responsabilidade, sensibiliza-me, pois o “Eu deixa-se impactar pelo estranho, pelo externo, pela alteridade – e torna-se refém do Outro” (LEVINAS, 1980). No entanto, a noção de responsabilidade não deve exigir reciprocidade, pois, a responsabilidade do sujeito é dele. Vale destacar que, nessa relação, a responsabilidade pelo outro é subjetividade.

Encontrar o rosto é afetividade. Nesse encontro, deve-se expressar responsabilidade, sensibilidade. “Na expressão, o ser que se impõe não limita, mas promove a minha liberdade, suscitando a minha bondade” (LEVINAS, 1980, p. 179).

Mas quem é esse sujeito que cuido? Que Ser seria esse que instiga-nos questionamentos constantes? “Que ser é este do qual é urgente evadir-se, do qual se procura o ‘outramente’? E por que, afinal, se deveria evadir do ser e como isto é possível, o que tal ‘outramente’ poderia significar?” (KORELC, 2006, p. 7). Essas questões necessitam ser retomadas e analisadas constantemente, uma vez que fazem emergir reflexões sobre o viver e o agir humano. “[...] É preciso repensar a humanidade do homem e a sua relação com o ser, ou o ser a partir da humanidade do homem [...]” (KORELC, 2006, p. 9). O conceito de Ser, em várias obras de Levinas (1980, 1990, 1993) destaca a centralidade do ser na subjetividade, no Outro, na consciência.

Korelc (2006, p. 18), ao analisar o texto de Levinas “Reflexões sobre a técnica fenomenológica”, cuja temática é o significado do ser dos objetos e a relação entre objetos e atos subjetivos, destaca que para Levinas

o ser consiste, portanto, na manifestação ou no aparecer na consciência; Ser é ato de revelação, o acontecimento ou o movimento do espírito, o movimento intencional, pelo qual uma noção é pensada e assim se manifesta na consciência. Esta nova compreensão do ser é possibilitada pela noção de intencionalidade.

Trago, neste momento, algumas considerações feitas por Souza (1996) baseado nas obras de Levinas. Para o autor, é necessário que o homem saia de sua solidão para encontrar o Outro, pois a solidão condena o sofredor, ao seu irrenunciável “humanamente ser” (SOUZA,

1996, p. 141). Enfatiza que alteridade seria a intocabilidade ética da condição de outro do Outro, não a redução do Outro ao mesmo. Percebe-se nesse contexto, que a totalidade do usuário e trabalhador, no ato do cuidado em saúde, deve transcender o modelo fragmentado vigente, pois essa fragmentação reduz o ser humano. Parece que o corpo biológico, como matéria, é o que deve ser cuidado. Reduzir o homem ao corpo, e o corpo ao biológico, nada mais é do que a simplificação do homem e a negação do cuidado humanizado. Cuidar, desse modo, é permanecer acorrentado ao corpo, negando ao sujeito sua dimensão de ser. “O corpo aparece brutalmente simplificado, reduzido ao fato consumado” (KORELC, 2006, p. 69). O trabalhador deve olhar para o usuário em sua totalidade, o cuidado transcendendo a doença e focando as reais necessidades do usuário, com fomento à sua autonomia.

CAPÍTULO V - O DESENHO DE INTERVENÇÃO

Neste capítulo, apresento a construção do Desenho de Intervenção. Esta construção está pautada nos dados coletados neste estudo, nos três grupos investigados (trabalhadores, gestores e usuários).

É uma proposta de intervenção embasada no diagnóstico feito no cenário investigado. É uma construção coletiva realizada pelos sujeitos protagonistas da área investigada.

Neste estudo, o foco de investigação foi a inclusão do outro (trabalhador, gestor e usuário) nas práticas de saúde, tendo por base os princípios e as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH. Nos dados apontados, ficou claro que a inclusão no processo de trabalho em saúde consolida-se com o respeito ao outro, valorização da alteridade, da diferença, seja este “outro” o indivíduo usuário, trabalhador ou gestor.

Neste estudo, percebi que a humanização no processo de produção da saúde está velada, devido a não-valorização das diferenças. Não há respeito ao outro, pois a integralidade não é preservada, observada, vivida e instituída. O processo de produção centra-se na estrutura terapêutica de cura e tratamento, focada no modelo biomédico, com atenção individual, porém, com trabalho organizado em série, sem preservar as características de cada sujeito, sem escuta e sem participação.

Sem a abertura para o outro, o encontro é intermediado apenas pela técnica, tecnologia que separa /distancia os sujeitos que participam do processo de trabalho em saúde. Tentam manter a ordem fechando-se para o encontro e dificultando as possibilidades de mudar/alterar o instituído. A resistência ao diálogo (como tecnologia relacional) leva a persistência de manterem-se os saberes individuais que suprimem, que sufocam a troca, a partilha, o contato.

Para reverter o instituído é necessário estar aberto ao outro, para o encontro das diferenças, ou, (re)inventando intervenções.

Assim, a proposta aqui apresentada, como Desenho de Intervenção, pretende colaborar para que os atores deste estudo repensem o seu modo de atuar no processo de produção de trabalho em saúde. Esta proposta não é estanque, não é uma fórmula, nem tão pouco, a solução para todos os desencontros revelados nas páginas anteriores. Este desenho pode apresentar-se como princípio de construção de um caminho a ser construído e partilhado, coletivamente, por usuários, trabalhadores e gestores do EASH, visto que o

resultado aqui apontado é fruto de seus discursos. Este desenho poderá servir de subsídio para a construção do modelo de humanização que a PNH propõe, visto que se trata de um projeto em construção e, como tal, permite-se as experimentações, em especial aquelas que forem fruto da escuta, do partilhamento de intencionalidades, culturas e convicções. Que esse encontro, entre esses atores, seja acolhedor e gerador de vínculo, pois “o encontro pode ser cordial ou pode ser um rijo encontrão” (CAMPOS, 2005, p. 575).

Posso afirmar que alguns dispositivos são essenciais para auxiliar neste Desenho de Intervenção. Para Campos (2007), os dispositivos devem ser construídos nos coletivos. O autor apresenta as seguintes etapas para sua construção: o processo de intervenção, continuidade e ampliação, análise das implicações e efeitos da intervenção. Na proposta deste antiprotocolo, apresento apenas a etapa do processo de intervenção, que, obviamente, deverá ser objeto de apreciação e crítica dos usuários, dos trabalhadores e dos gestores do EASH. É um desafio à lateralização do diálogo necessário entre os grupos, para que consolidem os interesses de mudarem os rumos do processo de atenção à saúde até então desenvolvidos.

Minha função, ou meu papel, como pesquisadora nos grupos foi o de conectar, permitindo entradas e a construção de relações de continuidade entre as partes que já possuíam algum tipo de relação entre si. Este desenho partiu desta conectividade desenvolvida na etapa de coleta de dados e, posteriormente, na análise dos resultados. Ressalto que as propostas aqui escritas foram construídas na coletividade, através das falas dos sujeitos deste estudo que, em muitos momentos, apontavam as saídas possíveis para os problemas vividos no cotidiano de seu trabalho ou da hospitalização.

O processo de trabalho em saúde deve contemplar o agir crítico e a busca de novos modos de produzir o cuidado, sem a negação do protagonismo do outro. Assim, as ações no trabalho, guiadas pelos valores produzidos dentro e fora do ambiente de trabalho, são fatores que podem contribuir na elaboração do Desenho de Intervenção. Atribuir importância ao momento vivido bem como admitir a necessidade da integralidade no cuidado em saúde e a ampliação da clínica dependem dos valores que permeiam nosso cotidiano de vida e trabalho. Para operacionalizar, então, este desenho, faz-se conveniente “a naturalização da intervenção” (CAMPOS, 2007, p. 26).

Tal argumento feito pelo autor nos convoca a (re)pensar outros instrumentos que poderiam ser possíveis de serem utilizados, e que possam contribuir para a ampliação da clínica, como a co-gestão e a co-responsabilidade dos envolvidos no processo de produção de vida e saúde.

É necessário que esses instrumentos possibilitem também para a equipe que os usará certa autonomia e parâmetros para sua avaliação interna e externa (CUNHA, 2007).

Para Campos (2007, p. 17) ,“a humanização depende disto, da personalização do atendimento, considerando que cada caso é um caso singular e que exige um projeto terapêutico singular”. Na construção deste Desenho de Intervenção, tomo por base a singularidade do local investigado, a dinâmica do trabalho e os protagonistas envolvidos no processo de produção de vida e saúde que ali estão diariamente (trabalhadores, gestores e usuários).

O processo de co-gestão da equipe acontece em todas as fases, desde a elaboração até a avaliação final. Neste trabalho, faço este ensaio na área hospitalar, pois acredito ser possível que este tipo de instrumento possa ser desenvolvido na área, para atender as demandas existentes.

Enfatizo, novamente, que o Desenho de Intervenção que será aqui apresentado foi construído para ser utilizado no EASH, local da investigação do presente estudo, tendo por base os discursos dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários nas rodas e nas propostas de intervenção citadas por eles nas discussões.

Para a elaboração do desenho de intervenção, Cunha (2007) sugere três movimentos a serem adotados:

Diagnóstico (indicadores): neste movimento, deve-se analisar o contexto e sua situação para a construção coletiva do Desenho de Intervenção. A equipe deve também sugerir os indicadores que serão utilizados para a avaliação dos resultados. Na roda, são escolhidos os temas e estes são analisados pela equipe. Neste estudo, o diagnóstico elaborado para a construção deste tem relação direta com os temas discutidos com trabalhadores, gestores e usuários nas rodas, na fase de coleta de dados. Destaca-se, igualmente, que não houve um trabalho conjunto entre os três grupos, o que pode levar a alguns vieses. Entretanto, este exercício acadêmico permite que façamos esta aposta, visto que é possível resgatar o resultado com os sujeitos, validando-o. O desenho de intervenção aborda os seguintes temas gerais: trabalho em equipe, integralidade no cuidado, co-gestão, participação/motivação, protagonismo, relações interpessoais (tecnologias relacionais). Os critérios para a avaliação não foram elaborados no primeiro movimento com os envolvidos. Espero que os protagonistas deste estudo elaborem esses critérios conjuntamente, quando da utilização deste instrumento.

Escolha dos recursos possíveis: neste movimento a equipe deve identificar todos os recursos possíveis para compor a proposta de intervenção. Refere-se “ao que fazer e ao como

fazer coletivo” (CUNHA, 2007, p. 161). A adscrição da clientela para qual o desenho de intervenção é construído é fundamental de ser definida previamente. Este desenho foi elaborado para os trabalhadores, os gestores e os usuários do EASH do presente estudo. Alguns dos recursos descritos nesta proposta são humanos e materiais, disponíveis no EASH. E todos os demais devem ser elencados em co-gestão.

Assimilação das diretrizes: a assimilação exige o uso de “elementos potencializadores da capacidade de análise da equipe” que tem relação direta e decisiva para elaboração do diagnóstico e escolha dos recursos (CAMPOS, 2007, p. 161). Esse movimento permeia os outros dois anteriormente descritos.

Desenho de Intervenção para um EASH, tendo por base a PNH

Etapa I: O processo de intervenção

1 - Diagnóstico identificado (vulnerabilidade e potencialidades)

É importante destacar que este diagnóstico deveria ser realizado pelo conjunto de sujeitos usuários, trabalhadores e gestores. Entretanto, como exercício acadêmico, tem validade na medida em que o Discurso do Sujeito Coletivo foi processado metodologicamente. Assim, este diagnóstico, como o projeto de intervenção, deverá ser avaliado e criticado pelo conjunto dos sujeitos, antes de qualquer incursão, evitando que esta proposta transforme-se num “protocolo”, o que não é o seu objetivo.

Em relação aos temas, podemos destacar as potencialidades e as vulnerabilidades identificadas:

- Integralidade no cuidado (vulnerabilidade);
- Uso das tecnologias relacionais (vulnerabilidade);
- Protagonismo dos envolvidos (vulnerabilidade);
- Proposta de reinvenção no Processo de Trabalho (vulnerabilidade);
- Trabalho em equipe (vulnerabilidade);
- Gestão participativa (vulnerabilidade);
- Efetivação da PNH (vulnerabilidade);
- Intencionalidade de efetivação de ações como protagonistas (potencialidade);
- Identificação do excesso de tecnologias dura e leve-duras (potencialidade);
- Vontade de incorporar as tecnologias relacionais no Processo de Trabalho (potencialidade);
- Percepção de que o modo de realizar o processo de trabalho encontra-se

ultrapassado e necessita de intervenção concreta de mudança (potencialidade);

- Disponibilidade para participar de ações de Educação Permanente, para trabalhadores e gestores, e Educação em Saúde, para os usuários, com a finalidade de apreender os pressupostos instrumentais e dispositivos da PNH (potencialidade);
- Desejo de que a PNH torne-se realidade e de contribuir para tal (potencialidade).

Neste desenho de intervenção, o foco do desenho dar-se-á na vulnerabilidade, visto que as potencialidades identificadas e seu mecanismo de intervenção será o de garantir a sua execução e solidificação.

2 - Recursos disponíveis para diagnóstico e controle: trabalhadores, gestores e usuários do EASH; estrutura e logística do EASH; estrutura e logística da Secretaria Estadual da Saúde.

3 - Conhecimentos básicos para o coletivo de sujeitos do EASH: trabalhadores, gestores e usuários devem continuar suas discussões e encaminhamentos, objetivando desvelar mais sobre a PNH, o processo de trabalho em saúde, trabalho em equipe, relações interpessoais e integralidade no cuidado.

4 - Definindo prioridades: é importante para que a equipe consiga identificar os temas que influenciam, direta ou indiretamente, a execução do projeto. Destes, poderão selecionar, primeiramente, aqueles que podem estar necessitando de intervenção imediata e, assim, sucessivamente.

5 - Intervenções necessárias: são declarações de intencionalidades do que se pretende fazer. No caso do presente trabalho, os usuários, os trabalhadores e os gestores definiram ser necessário intervir nas seguintes situações:

Integralidade no cuidado: o cuidado desenvolvido no EASH, por todos seus executores, como também o cuidado recebido não deve ser restrito à doença, mas ao indivíduo de forma integral. O usuário deve ser cuidado como um ser singular, com história, com valores/crenças, hábitos e costumes a serem respeitados. Para tanto, faz-se imprescindível promover a participação das diversas áreas e profissões nesta ação. Todos devem ser envolvidos e convocados a pensarem suas ações, na importância de não reduzirem o usuário a um objeto de intervenção. Ao usuário, dever-se-á criar todas as condições para que ele possa participar, devem ser ofertadas todas as informações necessárias e de que ele sinta necessidade. É neste momento que os demais – trabalhadores e gestores – apontarão,

concretamente, a mudança pretendida, com o rompimento da unilateralidade do conhecimento e da decisão, para que passemos para um momento de coletivização. Essa conduta fará a articulação entre trabalhadores, gestores e usuários. É no agir com o outro que se produzem práticas integrativas.

Tecnologias relacionais: o caminho inicial aqui é escutar o outro no processo de trabalho, reconhecendo sua responsabilidade e importância no processo. Nesta intervenção, para que as articulações sejam favoráveis, deve ocorrer o duplo movimento: ouvir e ser resolutivo. A comunicação é essencial no processo de trabalho, como possibilidade de emancipação, pois favorece a busca pelo consenso. Já o não- reconhecimento do outro produz desigualdades nas trocas comunicativas, gerando o estresse na relação. A comunicação deve proporcionar uma relação de simetria entre trabalhadores, gestores e usuários. Os protagonistas devem refletir sobre a importância da escuta no processo de produção do trabalho em saúde. Para Gomes et al (2007), estar aberto ao outro, a escutá-lo, é também correr riscos, sair da zona de conforto e de segurança; é rever nossa atuação, nossos valores, em busca de algo a construir, a edificar, coletivamente.

Trabalho em equipe: a idéia principal é colocar em análise “os saberes e práticas gerados nos processos de trabalho em saúde” (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007, p. 9), para poder, talvez, gerar um trabalho transdisciplinar. Nesse aspecto, ficou evidente o interesse dos diversos grupos para que a equipe reconheça a importância do trabalho ser desenvolvido de modo coletivo, independente da categoria profissional ou área de atuação dos protagonistas. Esse reconhecimento tende a aproximar os envolvidos, promovendo o intercâmbio entre os vários campos do saber, que poderão gerar conhecimento novo e, assim, sucessivamente, construindo e edificando novas estruturas conceituais para que a PNH se estabeleça de fato. Em seguida, permitir o encontro de diferenças ou das diferentes categorias profissionais, abrindo espaço para a inclusão do usuário, contribuir-se-á para a integração no cuidado; a incorporação do respeito à diversidade é outro fator de grande importância, pois, as adversidades, quando presentes no trabalho da equipe, complexificam a organização do trabalho. O trabalho em equipe deverá ser um dispositivo para integrar as ações em saúde, o saber fazer com ética e responsabilidade. Outro alvo deste plano de intervenção é a necessidade de (re)construir, formar, equipes integradas, mudando, alterando, valores e comportamentos, valorizando as relações intra/intergrupos no trabalho e o estímulo à formação de vínculos desses indivíduos. Para essas ações, a proposta de intervenção é a constituição de equipes fixas nos diversos setores do EASH, nos diversos turnos de trabalho, evitando a rotatividade e a troca constante do trabalhador de setor. Se, por ventura, houver a

necessidade de que alguém venha a assumir o posto de trabalho de alguns trabalhadores, por diversos motivos (faltas, licenças de toda a ordem, férias, atestados, entre outros), é necessário que os substitutos já tenham realizado algum tipo de treinamento na respectiva unidade. Isso garante, minimamente, que estes conheçam o local, bem como possam expressar suas manifestações, visto que já tenham vínculos com os demais membros da equipe.

Protagonismo dos envolvidos: faz-se necessário reforçar e estimular o engajamento pessoal de todos os envolvidos (trabalhadores, gestores e usuários) para que a co-responsabilidade e a solidariedade possam permear as relações. A atuação dos três grupos deve ser pautada em compromissos. É importante que “os profissionais assumam um posicionamento crítico, sem ignorar ou negar o protagonismo dos usuários. Ressignificando saberes e fazeres [...]” (PINHEIRO; BARROS; MATTOS, 2007, p. 14-15), e, assim, inovando no processo de trabalho e nas suas relações. Também é importante prospectar novas formas de interação entre esses sujeitos, tendo por objetivo acolher a todos.

Gestão participativa: aqui se faz o convite para que possam trilhar com e pelas diferenças, objetivando produzir novos modos de agir/cuidar em saúde que fortaleçam e efetivem a PNH. Aprender a agir diante das adversidades, quebrando o instituído, pode ser o começo. Reunir periodicamente trabalhadores, gestores e usuários para discutir sobre a organização do trabalho e incorporar a representação de todas as profissões e trabalhadores, bem como, de usuários e gestores, em reuniões de trabalho de serviço, podem substituir as reuniões de “chefias” de determinados segmentos, tornando mais ágil a decisão e, acima de tudo, a compreensão sobre o significado dela. Assim, poderemos estar edificando uma verdadeira transversalização de ações e de atores no processo de trabalho em saúde.

Propor reinvenção no Processo de Trabalho: parece-me que o ponto inicial é refletir sobre o conceito de saúde, sobre as diversidades de práticas e métodos que permeiam o trabalho em saúde e a inclusão de novos profissionais e usuários nesse processo. O compartilhamento de experiências e de saberes é uma possibilidade de incursionar na reversão ao modelo instituído. É necessário investir na solidariedade, na igualdade de direitos e deveres, na capacitação dos trabalhadores, no estímulo às trocas, na co-gestão, na criação de espaços para negociação. O trabalho deve ser coletivo em todos os segmentos.

Efetivação da PNH: primeiramente, é preciso abrir espaço para discussão dessa política com todos (trabalhadores, gestores e usuários); posteriormente, estipular pontos importantes da política que devem ser implantados; para então, constituir o GTH, de forma democrática, estimulando a participação de todos.

As etapas seguintes deste desenho de intervenção devem ser construídas pelos

protagonistas deste estudo, porém, creio que o mais importante é que tomem conhecimento dos resultados até aqui expressos. Validá-los, modificá-los, enfim, fazer o que venham ao interesse dos usuários, dos trabalhadores e dos sujeitos deste processo de pesquisa. Devem tomar para si a reelaboração, a reescrita deste, assumindo, também, a sua continuidade como uma tarefa indelegável de seu protagonismo.

Meu interesse maior foi apontar que existem possibilidades de reversão para os achados deste estudo, que existe espaço para a construção coletiva, e que a inclusão de trabalhadores, gestores e usuários no processo de trabalho em saúde é possível, basta a boa vontade e o interesse de todos os envolvidos.

NOTAS FINAIS: A TESE CONFIRMADA

Neste estudo, em todas as suas fases, discuto a respeito da inclusão de trabalhadores, gestores e usuários na Política Nacional de Humanização (PNH). Defendo que a inclusão consolida-se nas práticas de saúde com o respeito ao outro, com a valorização da sua alteridade, da sua diferença, da sua subjetividade. Assim, se ocorrer inclusão, conseqüentemente, teremos um trabalho em saúde humanizado, como propõe a PNH.

Penso que é importante e pertinente a discussão que a PNH propõe acerca da inclusão. No entanto, entendo que a inclusão é sempre uma ação de dentro para fora. Julgo que a pessoa não é incluída, mas sim, a pessoa inclui-se. Claro que as ações de inclusão propostas numa política ou nos processos de gestão e de cuidado, entre outros, são necessárias e devem ser explicitadas num serviço de saúde, cotidianamente. Porém, mais do que explicitada, a inclusão deve ser construída. Essa construção começa com a pessoa, o indivíduo (trabalhador, gestor e usuário), quando busca seus espaços de inclusão. Cabe, portanto, aos demais, compreender esse movimento e aceitá-lo, em especial porque é neste espaço onde as relações construir-se-ão sólidas. No processo de trabalho em saúde, em que são protagonistas trabalhadores, gestores e usuários, a gestão deve ser fundamentada no modelo democrático-participativo, ou seja, o modelo de co-gestão. Esse modelo permitirá aos envolvidos neste processo de trabalho atuar com descenso, formularem o consenso, enfrentarem os conflitos. No modelo de co-gestão, urge a ambiência como possibilidade de criação de espaços de pertinência a todos os atores sociais, cidadãos, protagonistas, decidindo sobre o processo de saúde-doença, sobre a produção de vida e saúde.

O modelo proposto é coerente com as mudanças sociais, culturais e educacionais do século XXI. Há uma referência à horizontalidade, aos mecanismos de controle social, ao exercício de cidadania, à clínica ampliada, e não mais à hegemonia dos profissionais médicos, à fragmentação do cuidado e do trabalho. Todos devem ser produtores de saúde, protagonistas, participantes ativos. Permitiremos que a concepção de saúde seja ampliada e, assim, todos passarão a ter responsabilização pela atenção à saúde.

Os protagonistas desse processo precisam sentir essa necessidade, precisam compreender que mudanças são necessárias, precisam ser facilitadores. É preciso alterar o processo de trabalho em saúde, carregado com mudanças atitudinais de todos os envolvidos no processo.

E, assim, a PNH vai sendo construída. Passo a passo. Sem considerar e nem acreditar

em “pacotes prontos”, a Política Nacional de Humanização vai sendo articulada com seus pressupostos, instrumentos e dispositivos. Estes, certamente, facilitam a prática/exercício do profissional e a produção de cuidado e saúde.

Muitas declarações apontadas no trabalho indicaram que a grande maioria, desconhecia a PNH, porém, a aceita e quer condições para que ela seja efetivada. Aliás, foi muito interessante, pois todas as atividades realizadas permitiram que houvesse uma tomada de consciência coletiva a respeito do tema. Os sujeitos estão dispostos a construir essa mudança na atenção à saúde.

A PNH implica um fazer criativo, um repensar de nossa atuação/intervenção. O modo de participação de cada um de nós está por ser (re)inventado. Programas e políticas são geralmente preciosos, ricos de informação e instrumentos que podem facilitar muito a prática do cuidado em saúde, porém, nem sempre são aplicáveis, como é o caso da PNH. Por vezes, acabam inócuos, à medida que não atingem profissionais, usuários e trabalhadores. Portanto, devem ser repensadas todas as proposições que venham a mudar ou exijam mudança no sistema de saúde.

A questão da inclusão é muito complexa, pois não é um movimento de mão única, unidirecional. Talvez um bom começo fosse a possibilidade das pessoas terem um espaço real, verdadeiro, de participação, onde as contradições e o diferente fossem bem vindos e acolhidos como elementos essenciais para construção e renovação de um sistema de saúde carregado de normas, muitas vezes, impostas, com elaborações fantásticas, porém, em sua maioria, indecifráveis.

A construção de espaços solidários comunicacionais e afetivos, como tecnologia de cuidado, é bastante pertinente para a PNH, visto que, além de criar estratégias de pertença aos protagonistas, propõe sua inserção nesses espaços, com poder de decisão e participação, e em lateralidade com seu semelhante usuário, trabalhador e gestor.

A pessoa (usuário, trabalhador, gestor) deve desejar ser incluída, e se tiver um facilitador hábil, este, provavelmente, colaborará para que o processo seja mais "resolutivo".

Primeiro temos que pensar de que modo queremos a inclusão dos trabalhadores, gestores e usuários, depois como o trabalho está organizado e até que ponto o que fazemos é humanizado ou não.

Os resultados desta pesquisa demonstraram que, apesar de desconhecem a PNH, os sujeitos participantes querem um trabalho humanizado. O EASH tem poucos trabalhadores para a sistematização do trabalho, com alta demanda, por causa de sua especialidade, e com poucos recursos materiais. Esses fatores, certamente, seriam impeditivos para a

implementação da PNH. Porém, não se pode imaginar que apenas poderemos ter uma assistência humanizada no momento em que tivermos todas as condições materiais e de pessoas em quantidade e qualidade adequadas. Os participantes deste estudo apontaram algumas alternativas ao desenvolvimento de alguns dispositivos da PNH, mesmo em condições adversas. Entre elas, destacamos: a ampliação do diálogo entre os sujeitos; a implementação de cuidados na modalidade integral; a necessidade de estimular os trabalhadores para a Educação Permanente; a abertura à participação de outros profissionais e usuários nas reuniões de organização; a utilização do método da Roda nas atividades em que sejam necessárias as tomadas de decisões coletivas, possibilitando, assim, a lateralização do diálogo entre todos os envolvidos e a criação de mecanismos internos à introdução da gestão participativa. Estes são alguns dos mecanismos apontados e que podem, gradativamente, ir criando corpo na organização, vindo a permitir que os pressupostos e dispositivos da PNH sejam implementados. Talvez, criando essas condições, não precisemos de mais pessoas, de mais recursos materiais, de mais gestores, pois teremos mudado, transformado o nosso processo de trabalho, e acreditam os sujeitos deste trabalho que, com essa mudança, será possível mudar o modelo assistencial vigente.

Frente aos resultados registrados no presente trabalho, posso afirmar que há um abismo, ou uma lacuna, entre o que se prevê teoricamente na PNH e o que se concretiza na prática. Muito ainda há para fazer, pois a PNH é uma política em construção, não é algo acabado, pronto, fechada à execução como se receita fosse. É uma política em transformação, em consolidação, assim como o Sistema Único de Saúde.

Pensar em humanização significa pensar na aceitação do outro, na valorização das diferenças e semelhanças, mas acima de tudo, no respeito. Afinal, humanizar relações e trabalho não é muito simples de ser feito, visto que envolve pessoas diversas. O olhar de um sujeito a outro tem características próprias, constituído de histórias, culturas e bagagens, que cada um dos sujeitos construiu. No entanto, humanizar relações de trabalho envolve mudar atitudes de diversos sujeitos. Esta, portanto, é uma das dificuldades na implementação da PNH. Para Deleuze (2006, p. 87), "não é a diferença que supõe a oposição, mas a oposição que supõe a diferença; e, em vez de resolvê-la, isto é, de conduzi-la a um fundamento, a oposição trai e desnatura a diferença".

Em minha experiência profissional, tenho percebido que acabamos por desnaturalizar as diferenças existentes entre usuários, trabalhadores e gestores. É necessário restaurar essa diferença, desfazendo as representações individuais. Encontrar a complementaridade entre a essência e a aparência. Pois a ordem instituída é vertical, impessoal, não possibilita a

lateralização entre os sujeitos do processo de trabalho em saúde. As relações interpessoais no EASH do presente trabalho têm características paternalistas, e tem-se a impressão de que os trabalhadores e os gestores deste estabelecimento sentem-se confortáveis nessa relação.

Identificamos também que o gestor pode ser a mola propulsora na implantação de um modelo de PNH para o EASH. O gestor poderá ser o articulador, o mediador, o proponente de um projeto coletivo que atenda aos interesses de uma maioria. Essa é uma atitude um tanto desafiadora, pois obrigará o gestor a compartilhar com os demais usuários e trabalhadores a perspectiva de construção coletiva de um projeto coletivo. Isso requer mudança de atitude, transformação de práticas, e, sobretudo, um repensar no processo de trabalho de gestão.

Agora, este é o desafio: agregar pessoas e projetos, sonhar e criar possibilidades, restituir um processo de trabalho orientado à decisão coletiva, para construir um novo modo de fazer atenção à saúde.

A Política Nacional de Humanização é a construção de um caminho alternativo, que nunca foi trilhado. Parafraseando Paulo Freire, eu não nasço humano, eu torno-me humano, na construção histórica, social, cultural, econômica, na minha inserção social, na minha subjetividade, na minha concretude. A integralidade possui várias facetas, assim, cuidar do sujeito usuário pressupõe negociar o cuidado com ele, concentrar esforços com outros atores: outros profissionais da saúde, gestores, a família do usuário e sua rede social. A integralidade não é vista apenas de um ponto, mas, de vários pontos; quanto mais olhares, mais desvelada será e poderá contribuir na orientação da humanização como elemento importante para a modificação do atual modelo assistencial.

A humanização é processual e subjetiva. Cada ser humano a constrói a partir de referenciais aprendidos na vivência, na sua historicidade, na sua concretude, no seu cotidiano. Nós nos tornamos todos os dias mais humanizados, porém com diferentes perspectivas, porque somos diversos. Inclusive quando naturalizamos certos processos de violência, mesmo assim nos constituímos humanos.

O projeto é coletivo e envolve todos os trabalhadores do EASH, incluindo a enfermagem, a área administrativa, a medicina, os setores de apoio assistencial, usuários e família.

A inclusão é uma estratégia humana de receber o outro, de receber a vida, de iniciar uma onda bioenergética em que a primeira pulsão é a inclusão. A inclusão é uma necessidade humana, incluir-se é uma decisão pessoal de querer pertencer ou não àquele grupo, àquela sociedade. Isso pode facilitar a implementação de um modelo novo, diferente. Os sujeitos sociais, no presente estudo, demonstraram a tendência a aderirem a este modelo da PNH.

Neste estudo, foi possível constatar que a ferramenta metodológica contida no Método da Roda (MR) já é, por si só, um processo de inclusão e de participação e possibilitou analisar diversos atores (trabalhadores, gestores e usuários). Neste modelo, todos se tornam co-gestores com participação ativa. O trabalho em grupo também possibilitou olhar os diversos lados, as mais variadas facetas do processo de produção de vida e saúde. A inclusão dos atores permitiu conhecer as mais variadas situações que permeiam o processo de produção do cuidado em saúde.

Construir, coletivamente, uma proposta de intervenção baseada nos discursos dos envolvidos possibilitou, também, tornar protagonistas os sujeitos do estudo, pois tematizou o vivido no cotidiano deles. Como também, colocar na cena e em cena estes atores favoreceu conhecer a diversidade de opiniões e contemplar realidades diferentes.

No entanto, posso registrar como uma fragilidade do presente estudo, a dificuldade de que o MR fosse realizado com todos os sujeitos do estudo, num único grupo. Os problemas indicados apontavam para: a dificuldade de horário em que todos pudessem se encontrar; a falta de estabelecer-se um local que possibilitasse a presença de todos; as dificuldades que poderiam surgir para que pudessem expressar suas opiniões, o que poderia gerar algum ressentimento; enfim, diversas situações que foram impeditivas na perspectiva de avançar coletivamente. Entretanto, os resultados demonstraram a importância de fazer esta incursão diferente. Com os dados e discussões aqui processados, acredito que poderemos superar essas dificuldades, visto que os discursos expressos manifestaram a diversidade de opinião e o encaminhamento que cada grupamento adota numa ou noutra situação.

Chegar ao final, não sozinha, mas em equipe, também me fez resgatar algumas inquietações que me perseguiram durante a realização desta pesquisa. A mais importante é a de que parecemos ser, como sujeitos, uma ilha. Parece que estamos ilhados dos demais sujeitos, pois, vislumbramos, muitas vezes, apenas nossos interesses, em detrimento dos demais. Assim, resgatar os princípios de solidariedade e de coletivo, para os nossos pressupostos de vida e de profissão, parece-me ser imprescindível para que projetos como a PNH possam ser estabelecidos. Nesse sentido, vislumbram-se possibilidades de intervenções factíveis neste cenário de produção de novos sujeitos e de novos modos de encontrar cotidianamente a diferença.

Finalmente, posso afirmar que a inclusão não ocorre no EASH porque não é freqüente o uso de tecnologias leves (tecnologias relacionais). Dessa forma, prejudica a implementação de qualquer ação que venha a convergir com as diretrizes, ferramentas e dispositivos da Política Nacional de Humanização. Portanto, poderemos ter ações que podem

ser ditas humanizadas, sem que a PNH seja de fato consolidada. Esta é uma política, como afirmam seus mentores, que se encontra em construção. E, como tal, podemos, colaborar em sua implementação, no uso dos dispositivos, temas e discursos produzidos no presente trabalho.

Assim, é importante afirmar que os resultados expressos no presente trabalho corroboraram a tese defendida de que a inclusão do outro (trabalhador/gestor/usuário) nas práticas de saúde, tendo por base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização, poderá nos encaminhar a práticas de humanização da atenção à saúde nos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde Hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. 4a. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de. **A luta pela identidade profissional: participação e enfermagem**. Florianópolis: UFSC/PEN, 2002.

ASMANN, Selvino José. **Notas gerais sobre a renascença como início da modernidade**. Florianópolis, 1997. (mimeo).

_____. O ser humano como problema. Por um humanismo trágico e cristão. In: ROCHA, Maria Inês (org.). **Humanismo e direitos**. Passo Fundo: Berthier, 2007. p.203-238.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (org.) **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 117-139.

AYRES, J.R.C.M. Humanização da assistência hospitalar e o cuidado como categoria reconstrutiva. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p.15-17. 2004.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p.16-29, set-dez. 2004.

_____. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v.6, n.1, p.63-72. 2001.

AZIBEIRO, Nadir Esperança. **Caderno Pedagógico I**. Políticas Públicas e movimentos sociais. Curso de Pedagogia. Políticas Públicas. Florianópolis: UFSC, 2002.

BACKES, Dirce Stein ; LUNARDI FILHO, Wilson D ; LUNARDI, V. L. . Humanização no ambiente hospitalar à luz da política da humanização. **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 227-231. 2005.

BARATA, R. Debate on the paper by Mary Jane P. Spink. **Cad. Saúde Pública**, v.17, n. 6, p. 1302-1304, nov./dec. 2001.

BARBOSA, Sayonara de F. Faria. **Indo além do assistir - cuidando e compreendendo a experiência de conviver com o cliente internado em unidade de terapia intensiva**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

BARNARD, A.; SANDELOWSKI, M. Technology and humane nursing care: (in)reconcilable or invented difference? **Journal of Advanced Nursing**, v.34, n.3, p.367-375. 2001.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Trabalhar: usar de si – Sair de Si. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.22, p.345-63, mai/ago, 2007.

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde.

Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n.3, p.561-571. 2005.

BARROS, Regina D. Benevides; PEREIRA, Eduardo Henrique Passos. **Verbetes humanização**. Dicionário da educação profissional em saúde. Observatório dos técnicos em saúde da FIOCRUZ. Apoio MS e OPAS. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

BARROS, Regina Duarte Benevides. **Grupo a afirmação de um simulacro**. 1994. Tese (Doutorado em Psicologia - Psicologia Clínica) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1994.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Edições Loyola, 2002.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.561-571. 2005.

_____. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago. 2005.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822005000200004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 ago 2007.

BERMEJO, José Carlos. Humanizar a saúde. Cuidado, relações e valores. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008, 119p.

BETTINELLI, L. A. WASKIEVICZ, J.; ERDMANN, A. L. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L.. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

BOARETTO, Cristina. Humanização da assistência hospitalar: o dia – a – dia da prática dos serviços. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.20-22. 2004.

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo *ethos*. **Revista Inclusão Social**, v.1, n. 1. 2005.

_____. **Espiritualidade**: um caminho de transformação. Rio de Janeiro: Sextante, 2001.

BORGES, Moema da Silva, et all. Representações Sociais do Trabalho da Enfermagem: as ancoragens estruturais na visão da sociedade brasileira. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 2, p. 113-122, jul/dez. 2003.

BOTAZZO, Carlos. **Unidade básica de saúde**: a porta do sistema revisitado. Bauru, SP:EDUSC, 1999

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf> Acesso em: 11 ago. 2008.

_____. Casa Civil. Programa Nacional dos Direitos Humanos. 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1904.htm Acesso em 05 mai 2007.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Texto promulgado em 05 out. 1998. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/> Acesso em 15 dez 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Ambiência.** 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: manual técnico. 3a ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/ Ministério da Saúde, 2000. 66p.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS.** Documentos base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. **Média e alta complexidade.** Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/sas/mac/area.cfm?id_area=835>. Acesso em: 10 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM. 1983. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236&janela=1 Acesso em 06 jul. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento – PHPN. 2000. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/gestor/aceso_rapido/auditoria/implantacao_do_PHPN.pdf Acesso em 08 nov 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Educação Continuada em Dor e Cuidados Paliativos para os Profissionais em Saúde.** 1988. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-19.htm> Acesso em 05 dez. 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNAHA).** Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programas de Saúde.** Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/>> Acesso em 01 ago 2008.

BRAVERMANN, Henry. **Trabalho e capital monopolista:** a degradação do trabalho no século XX. 3a. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981

BREITH, Jaime. La pobreza urbana y la salud: una mirada desde la epidemiologia critica. In: Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva; Universidade de Campinas. Departamento de Medicina Preventiva e Social. In: 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Epidemiologia e desigualdade social: os desafios do final do século. **Anais...** Rio de Janeiro, Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 1990. p. 281-302.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. 236 p.

_____. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2000. 236 p.

_____. **Saúde paidéia**. São Paulo: HUCITEC, 2003. 185 p.

_____. Os médicos e o Sistema Único de Saúde. **O Averso da Saúde - Sindicato dos Médicos de São Paulo**, v. 1, n. 1, p. 131-137. 1997.

CAMPOS, Rosana Onocko. Mudando os processos de subjetivação em prol da humanização da assistência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.23-25. 2004.

CAPELLA, Beatriz B. **Uma abordagem sócio-humanista para um "modo de fazer" o trabalho da enfermagem**. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

CASATE, J. C.; CORRÊA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 105-11, jan.fev. 2005.

CASTIEL, L. D. **Vivendo entre exposições e agravos: a teoria da relatividade do risco**. Disponível em: < <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco/suor2.htm/>>. Acesso em: 19 junho 2007.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1998.

COLLOT, Michel. O outro no mesmo. **Alea**, v. 8, n.1, p. 29-38, jan.-jun. 2006.

CORRÊA, A. K. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 32, n. 4, p. 297-301. 1998.

COSTA, Pedro Andrade. Emmanuel Levinas: direitos humanos e reconhecimento da alteridade. In: CARBONARI, Paulo Cesar (org). **Sentidos filosóficos dos direitos humanos**. Leituras do pensamento contemporâneo. v. 1. Passo Fundo: IBIBE, 2006. p. 177-204.

COSTA, Wellington Soares. Humanização, relacionamento interpessoal e ética. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v.11, n1, p 17-21, jan/mar. 2004.

CUNHA, Gustavo Tenorio. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

DALMOLIM, Bernadete Maria. **Reforma psiquiátrica: um processo em construção na prática dos enfermeiros do Rio Grande do Sul**. São Paulo; s.n; 1998. 153 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1998.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999. 158 p.

_____. Introdução à Psicopatologia do trabalho. **Tempo Social**, v. 1, n. 2, p. 97-103. 1989.

_____. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth; JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DEL VALLE ROYAS, Azucena; MARZIALE, Maria Helena Palucci. A situação de trabalho do pessoal de enfermagem no contexto de um hospital argentino: um estudo sob a ótica da ergonomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n.1, p.102-108, jan. 2001.

DELEUSE, G; GUATTARI, F. **Mil platôs**: capitalismo e esquizofrenia. v. 3. Tradução: Aurélio Guerra Neto. Rio de Janeiro: 34, 1999. 120 p.

DELEUSE, G. **Crítica a clínica**. São Paulo: 34, 1997.

_____. **O abecedário de Gilles Deleuze**. Disponível em
<http://www.oestrangeiro.net/index.php?option=com_content&task=view&id=67&Itemid=51>
Acesso em: 10 jun. 2008.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

DESLANDES, S. F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 615-26. 2005.

_____. A humanização e a construção política do sujeito no processo comunicacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p.25-29. 2004.

DESLANDES, Suely Ferreira. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v 19, n. 1, p. 7-14. 2004.

DIAS, L. P. M.; MONTICELLI, M.; REIBNITZ, K. S. et al. Possibilidade de conhecimento e arte na produção de inventos de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 5, n.1, p. 92-110. 1996.

DUSSEL, Enrique. **Ética da libertação na idade da globalização e da exclusão**. 2. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

ESCOREL, Sarah. **Vidas ao léu**. Trajetórias da exclusão social. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. 276P.

FAIMAN et al. Os cuidadores: a prática clínica dos profissionais da saúde. **O mundo da saúde**, v. 27, n. 2, p. 248-253, abr/jun. 2003.

FALCON, Gladys Santos; ERDMANN, Alacoque Lrenzini. La ética y la técnica contemporánea: implicaciones en el área de la salud. **An Fac. Med. Lima**, p. 71-79. 2005.

FERNANDES, F; LUFT, CP; GUIMARÃES, FM. **Dicionário brasileiro Globo**. 56 ed. São Paulo: Gráfica, 2006.

FERRARI, Amarildo R. A responsabilidade como princípio para uma ética da relação entre ser humano e na natureza. **Revista eletrônica do mestrado em educação ambiental**, v. 10, p. 76-88, jan/jun. 2003.

FEUERWERKER, Laura. Modelos tecno-assistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.18, p.489-506, set/dez. 2005.

FONSECA, Maria das Graças et al. Percepção de risco: maneiras de pensar e agir no manejo de agrotóxico. **Ciência e saúde coletiva**, v. 12, n. 1, p.39-50. 2007.

FORRESTER, Viviane. **O horror econômico**. São Paulo: universidade Estadual Paulista, 1997.154 p.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade** – o cuidado de si. 4. ed. Rio de Janeiro: GRAAL, 1985.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p.345-353, abr-jun. 1999.

FREIRE, José Célio; MOREIRA, Virgínia. Psicopatologia e religiosidade no lugar do outro: uma escuta Levisiana. **Psicologia em estudo**, Maringá, v.8, n.2, p. 93-98. 2003.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 15. ed. São Paulo : Paz e Terra, 2000. p 36-37.

GALIMBERTI, Umberto. **Psiche e techne**: l'uomo Nell'età della técnica. 2 ed. Tradução portuguesa de Selvino José Asmann. Roma: Feltrinelli, 2003. p. 33-48.

_____. Técnica e natureza: a inversão de uma relação. **Socitec e Prints**, v. 1, n. 1, jan/jun. 2005.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 2006.

GODOY, Maristela. **O rosto e a alteridade em Emmanuel Levinas**. São Leopoldo: PPGFIL/UNISINOS, <s.d.> mimeo. 12 p.

GOMES, R. S.; SILVA, F. H.; PINHEIRO, R. et al. Integralidade como princípio ético e formativo: um ensaio sobre os valores éticos para estudos sobre trabalho em equipe na saúde. n: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria E. Barros de; MATTOS, Ruben Araújo (Org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 19-36.

GONÇALVES, L. H. T. ; TRENTINI, M. . Pequenos grupos de convergência - um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 63-78. 2000.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994.

GUANAES, A.; SOUZA, R. P. Objetivos, conceito, histórico e filosofia. In: MAGALHÃES, A. M. P. B. (Org). **Humanização em cuidados intensivos** - AMIB. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. p. 1-8.

GUARESCHI, Pedrinho. Alteridade e relação: uma perspectiva crítica. In: ARRUDA, Ângela (org). **Representando a alteridade**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2003. p. 149-164.

GUATTARI, F. A transversalidade. In: _____. **Revolução molecular**. São Paulo: Brasiliense, 1981. p.88-105.

GUATTARI, Félix & ROLNIK, Suely. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

HEIDEGGER, M. **O ser e o tempo**. Petrópolis: Vozes, 1995.

HOUAISS, Antônio. **Minidicionário Houaiss da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2004.

JONAS, Hans. **El principio de responsabilidad**: ensayo de uma ética para la civilización tecnológica. Barcelona: Herder, 1995.

_____. **Ética, medicina e técnica**. Lisboa: Veja, 1994.

KNELLER, G. F. **A ciência como atividade humana**. Tradução de Antonio José de Souza. Rio de Janeiro: Zahar; São Paulo: USP, 1980.

KNOBEL, Elias et al. **Condutas no Paciente Grave**. São Paulo: Atheneu, 1994.

KORELC, Martina. **O problema do ser na obra de E. Levinas**. 2006. 371p. Tese (Doutorado em Filosofia) Programa de Pós Graduação Filosofia, Faculdade de Ciências Humanas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz; MENDES, Jussara Maria Rosa; MÜLLER, Fernanda Beatriz. Atendimento ao usuário: fator contributivo para o sofrimento no trabalho em saúde? **Revista virtual textos & contextos**, n. 7, ano VI, p 1-13, jul. 2007.

LAMEGO, DTC.; DESLANDES, SF; MOREIRA, MEL. Desafios para a humanização do cuidado em uma unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.10, n.3, p.669-675. 2005.

LEFÉVRE, Fernando, LEFÉVRE, Ana M.C. **O discurso do sujeito coletivo**. Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005. 256p.

LEOPARDI, M.T. et al. **Saber fazer, saber criar**. Florianópolis: Papa- Livro, 1995.

LEOPARDI, Maria Tereza. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza (org). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa Livros, 1999. p.9-22.

LEPARGNEUR, H. Procurando fundamentação para a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.;

BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

LEVINAS, Emmanuel. **De Deus que vem à idéia**. Petrópolis, Vozes, 2002.

_____. **Entre nós**: ensaios sobre a alteridade. Petrópolis, RJ:Vozes, 2004.

_____. **Humanismo do outro homem**. Petrópolis, RJ:Vozes, 1993.

_____. **Ética e infinito**. Lisboa: Edições 70, 1988.

LIMA, Juliano de Carvalho; FAVERET, Ana Cecília; GRABOIS, Victor. Planejamento participativo em organizações de saúde: o caso do Hospital Geral de Bonsucesso, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 3, p. 631-641, mar. 2006.

LOPES, Dolores F de Melo; SILVA, Arlete. GARANHANI, Mara Lúcia et al. Ser trabalhador de enfermagem da unidade de centro de material: uma abordagem fenomenológica. **Revista Escola Enf. USP**, v. 41, n. 14, p. 675-683, dez. 2007.

LOUZADA, Ana Paula; BONALDI, Cristiana; Barros, Maria E. Barros de. Integralidade e trabalho em equipe no campo da saúde: entre normas antecedentes e recentradas. In: PINHEIRO, Roseni; BARROS, Maria E. Barros de; MATTOS, Ruben Araújo (Org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade**: valores, saberes e práticas. Rio de Janeiro: Cepesc-IMS/UERJ-ABRASCO, 2007. p. 39- 52.

LUNARDI FILHO, WD. **O mito da subalternidade do trabalho do enfermeiro à medicina**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

LUNARDI FILHO, Wilson D.; LUNARDI, Valéria L.; SPRICIGO, Jonas. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Revista Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 2, p. 91-96, mar. 2001.

MARCELINO, S. M. R. Cuidado domiciliar: reflexões sobre a convivência entre enfermeira, cuidador domiciliar e portadores de câncer avançado. 2000. 120 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARSDEN, C. Technology assessment in critical care. **Hert & Lung**, v. 20, n. 1, p.93-94. 1991.

MARTIN, L.M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

MARTINS, J. J.; FARIA, E. M. O Cotidiano Do trabalho da Enfermagem em UTI: prazer e sofrimento. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.11, n.1, p.222-243, jan/abr. 2002.

MARTINS, Josiane de Jesus, NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do. Repensando a Tecnologia Para o Cuidado do Idoso em UTI. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 34, n. 2. p. 49-55. 2005.

MARTINS, Josiane de Jesus. **O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI**: prazer ou

sofrimento? Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

MARTINS, Josiane de Jesus; BACKES, Dirce Stein; CARDOSO, Renata da Silva et al. Resignificando a humanização a partir do cuidado no processo de viver humano. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 276-281, abr/jun. 2008.

MARX, K; ENGELS, F. **Obras escolhidas**. São Paulo: Alfa - Ômega, 1987 .

_____. **O manifesto comunista**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999. 65 p.

MARX, Karl. **O capital**. Crítica da Economia Política. v. 1 São Paulo: Difel, 1983.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que devem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2001.

MATUMOTO, Silvia. Encontros e desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: um ensaio cartográfico do acolhimento. 2003, 186 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.

MATUMOTO, Silvia; MISHIMA, Silvana Martins; FORTUNA, Cinira Magali. Welcoming reception: a reflection on alterity in the relation among workers and clients in the work of the basic health network. In: SIMPOSIO BRASILENO DE COMUNICACIÓN EN ENFERMERÍA, 8., 2002, San Pablo. **Anales electrónicos...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponible en: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000100044&lng=es&nrm=abn>. Acesso em: 16 abr. 2007.

MAY, Tim. **Pesquisa social**: questões, métodos e processos. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim; IUNG, Andréia Maria Borges; COMUNELLO, Luciele Nardi. A espera: projeto e ação de acolhimento a partir da escuta da população. **Revista Psico**, v. 38, n. 1, p. 17-24, jan/abril. 2007.

MEIRELLES, B.H.S. **Viver saudável em tempos de AIDS**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

MELO NETO, J. **Poesias completas**. 4. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986.

MELO, Cristina. **A divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, I. A. C. et al. A produção tecnológica e a interface com a enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n.5, p. 556-561. 2002.

MENDES, Vera L.F. **Uma clínica no coletivo**. Experimentações no Programa de Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2007. 165 p.

MERHY, Emerson Elias et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a

informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org) **Práxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/ São Paulo: Hucitec, 1997a. p. 113-150.

MERHY, E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho-vivo). In: FLEURY, S. (Org.) **Saúde e democracia: a luta da CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

_____. **A clínica do corpo sem órgãos, entre laços e perspectivas**. (1.^a versão) texto (mimeo). Seminário: a Humanização do SUS em debate. Vila Velha, ES, 25 e 26 de junho de 2008. 16 páginas.

_____. Em busca do tempo perdido: A micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (org) **Práxis en salud: un desafío para lo público**. Buenos Aires: Lugar Editorial/ São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 2000.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.17-20. 2004.

MOREIRA, Jacqueline de Oliveira. **Figuras de alteridade no pensamento freudiano**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica), Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2002.

MORGAN, D.L. **Focus groups as qualitative research**. 2.ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1997.

MORGAN, G. imagens da organização. São Paulo: atlas, 1996.

MOYSÉS, Samuel Jorge; TETU MOYSES, Simone; KREMPEL, Márcia Cristina. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 627-641. 2004.

MOTA, Kátia Alexandrina Matos Barreto; MUNARI, Denize Bouttelet. Um olhar para a dinâmica do coordenador de grupos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 150-161. 2006. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen> Acesso em: 30 ago. 2008.

NASCIMENTO Eliane R. Pereira; MARTINS, Josiane de Jesus. Uma proposta para humanizar o cuidado de enfermagem aos pacientes e familiares nas Unidades de Terapia Intensivas. **Conhecer em Enfermagem**, v. 1, n.1, p. 15-21, jul.dez. 2003.

NASCIMENTO, Eliane Pereira do. **Acolhimento no espaço das relações na unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2003.

NEGRI, Barjas. **Manual PNHAH**. Brasília: Ministério da Saúde, s/d. p. 1-20.

NILSON, A.; HOLANDA, C. Avaliação de políticas públicas : conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira. In: VIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. **Anais...** Panamá, 28-31 Oct. 2003.

OLIVO, Vânia F. **O ser e o fazer na enfermagem**: compreendendo o sentido de um trabalho em equipe. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

ONOCKO, R. Campos. O encontro trabalhador usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 573-583. 2005.

PALMA, A.; MATTOS, U. A. O. Contribuições da ciência pós-normal à saúde pública e a questão da vulnerabilidade social. **Rev. História, Ciências e Saúde**, v. VIII, n. 3, p. 567-90, set-dez. 2001.

PASCHE, Dário Frederico. Princípios do SUS e a Humanização das práticas de saúde (Eixo 1). In: SEMINÁRIO A HUMANIZAÇÃO DO SUS EM DEBATE. **Anais...** Vitória, 25 e 26 de junho de 2008. 25 páginas.

PEIXOTO, M. R. B. O uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico: ótica do enfermeiro e do usuário. **Revista Escola de Enfermagem USP**, v. 28, n.3, p. 53-62. 1994.

PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins. Revisitando a prática assistencial: a subjetividade como matéria para a reorganização do processo de trabalho na Enfermagem. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n.12, p.73-90. 2003.

PESSINI, L.; BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edições Loyola, 2004.

PIRES, Denise E. Pires de. **Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**. Tese (Doutorado em Sociologia), Universidade Estadual de Campinas, 1996.

_____. **A organização do trabalho em saúde**. UFSC, 1998. mimeo.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1999.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo; HUCITEC; 1990. 198 p.

PIVA, M. G. Enfermagem: razão e sensibilidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 79. 2003.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl T. B.; HUNGLER, Bernadete P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PUCCINI, P.T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set./out. 2004.

RAMOS, F.R.S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. UFPEL: Universitária, 1996.

REIBNITZ, Kenya Schimidt. **Profissional crítico-criativa em enfermagem: a construção do espaço interseção na relação pedagógica**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2004.

ROSSI, Flavia R. SILVA, Maria A.D. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Revista Esc. Enfermagem USP**, v. 39, n. 4, p. 460-468. 2005.

SADALA, Maria Lúcia Araújo. A alteridade: o outro como critério. **Revista Esc. Enf. USP**, v.33, n.4, p.355-357, dez. 1999.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tânia di Giacomo. O programa de humanização no Pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set-out. 2004.

SIDEKUM, Antonio. Liturgia da alteridade em Emmanuel Levinas. **Utopia y praxis Latinoamericana**, año10, n.31, p.115-123, oct.-dic. 2005.

SILVA, Claudia Osório da. **Curar adoecendo: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida**. 1994. 246 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1994.

SILVA, Ionara Ferreira da and LABRA, Maria Eliana. As instâncias colegiadas do SUS no Estado do Rio de Janeiro e o processo decisório. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n.1, p.161-170, jan./fev. 2001.

SILVA, M. J. P. Humanização em Unidade Terapia Intensiva. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 1-11.

SILVA, Pedro L. B.; MELO, Marcus A. B. **O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: características e determinantes da avaliação e programas e projetos**. Campinas: NEPP-UNICAMP, 2000.

SOUZA, Ricardo Timm. Por uma estética antropológica desde a ética da alteridade: do estado de exceção da violência sem memória ao estado de exceção da excepcionalidade do concreto. **Veritas**, v.51, n.2, p. 129-139, jun. 2006.

_____. **Totalidade e desagregação: sobre as fronteiras do pensamento e suas alternativas**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 1996.

SOUZA, W.S.; MOREIRA, M.C.N. The topic of humanization within healthcare: some issues for debate. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.25, p.327-38, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun. 2008.

SPERANDIO, Ana Maria Girotti, CORREA, Carlos RS, SERRANO, Miguel Malo et al. Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 643-654. 2004.

TASSARA, E. T. de O.; DAMERGIAN, S. Para um novo humanismo: contribuições da Psicologia Social. **Estudos Avançados**, v. 10, n. 28, p. 291-316. 1996.

TEIXEIRA, Mirna Barros. **Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde**. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. 105 p.

TOMACHESKI, João Alberto. **Condições sociais de surgimento e implementação de uma política pública: burocratas e médicos na formação das políticas de saúde no Brasil 1963-2004**. 2007. Tese (Doutorado em Sociologia) Universidade de Brasília, 2007. 315 páginas

TRENTINI, Mercedes, PAIM, Lygia. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial**. Florianópolis: UFSC, 1999. 162p.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rivieres Borges. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, n. 3, p.599-613. 2005.

VIEIRA, Emanuel Meireles; FREIRE, José Célio. Alteridade e psicologia humanista: uma leitura ética da abordagem centrada na pessoa. **Estudos de Psicologia**, v.23, n.41, p.425-432, out-dez. 2006.

VIETTA, Edna Paciência. Marco conceitual para a prática de enfermagem social: contribuição para a base de uma teoria de enfermagem. **Rev. Paulista de Enf.**, São Paulo, p. 132-139, out/dez. 1986.

ZANELLA, Andréa Vieira. Sujeito e alteridade: reflexões a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia & Sociedade**, v.17, n.2, p.99-104, mai/ago. 2005.